

Aus der Psychiatrischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen

Der Einfluß von
sozioökonomischem Status und
Lebenslauf auf Lebenszufriedenheit
und Krankheit im Alter

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Gerhard Martin
aus Neunkirchen/Saar

19073

Aus der Psychiatrischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen

Der Einfluß von sozioökonomischem Status und Lebenslauf auf Lebenszufriedenheit und Krankheit im Alter

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Gerhard Martin
aus Neunkirchen/Saar

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf

Referent: Prof. Dr. E. Langershausen

Tag der mündlichen Prüfung: 09.07.1984

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einführung	1
1.1	Vorbemerkung	4
1.2	Problemstellung	5
2	Fragestellung der Untersuchung	7
3	Darstellung der Forschungstechnik	8
3.1	Die Befragung	8
3.2	Die Testinstrumente	9
3.3	Durchführung der Untersuchung	9
4	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	11
4.1	Darstellung der Testergebnisse	11
4.1.1	Das Freiburger Persönlichkeitsinventar-Kurzform	11
4.1.2	Der Syndrom-Kurztest	16
4.1.3	Die Lebenszufriedenheitsskala	18
4.1.4	Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Test	21
4.1.5	Die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungs-Skalen	24
4.2	Demographische Daten	29
4.2.1	Alters- und Geschlechtsverteilung	29
4.2.2	Religionszugehörigkeit	30
4.2.3	Familienbeziehungen	32
4.2.4	Sozioökonomischer Status	41

II

4.2.4.1	Schul- bzw. akademischer Abschluß	41
4.2.4.2	Berufstätigkeit	47
4.2.4.3	Monatliche Bezüge	51
4.2.5	Pensionierung	53
4.2.6	Wohnverhältnisse	55
4.3	Freizeitgestaltung	64
4.4	Krankheit und Gesundheit im Alter	71
4.5	Kriegsauswirkungen auf Verhalten und Persönlichkeit	78
5	Zusammenfassung	87

ANHANG	93
--------	----

LITERATURVERZEICHNIS	114
----------------------	-----

Die Beschäftigung mit dem Alter ist so alt wie die Menschheit selbst. Seit jeher war es das Anliegen der Menschen den Alterungsprozeß aufzuhalten oder zu verzögern. Die großen Philosophen der Antike beschäftigten sich mit dem Alternsprozeß genauso wie die Klassiker der deutschen Sprache. Bis in die heutige Zeit stehen sich zwei Meinungsblöcke gegenüber.

Es war Aristoteles, der 384 v. Chr. in seiner Schrift „De generatione animalum“ feststellte: „Krankheit ist vorzeitiges Alter, Altern aber eine natürliche Krankheit.“ Dieses Altersstereotyp ist auch heute noch weit verbreitet. Viele setzen Alter mit einer systematischen Rückentwicklung, mit einer steten Abnahme geistiger und körperlicher Fähigkeiten, einer Abflachung der Persönlichkeit bis hin zur senilen Demenz gleich. Fischer (1955) nennt es „das Alter der Verluste“.

Andere dagegen sehen den Alterungsprozess nicht so negativ. Cicero vertritt in seiner Schrift „Cato Maior de Senectute“ die Auffassung, daß es gerade die Greise sind, die Verstand, Vernunft und Überlegung besitzen und so für das Gemeinwesen unentbehrlich sind. Der Amerikaner Hall trat 1922 in seinem Buch „Senescence, the last half of life“ einer Stereotypisierung der Alten entgegen. Er weist darauf hin, daß das höhere Lebensalter differenzierter als die Jugend ist (Lehr, 1977). Ebenfalls in der Antike begründet, ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit. Für Aristoteles sind diese Begriffe ein und dasselbe. Nach Zetkin und Schaldach (1974) ist Krankheit die Störung der normalen Funktion des Körpers beziehungsweise seiner Organe und Organsysteme. Das Wort Alter

kommt in dieser Definition nicht vor, wenngleich es offensichtlich ist, daß im Alter Störungen der normalen Körperfunktionen häufiger auftreten.

Seit sich die Wissenschaften, nicht nur die Naturwissenschaften in den letzten Jahrzehnten so schnell weiterentwickelt haben, beschäftigt man sich nicht mehr nur mit der Frage nach Alter und Krankheit, sondern mit den verschiedensten Aspekten des Phänomens Alter.

Im Jahre 1929 prägte der Russe Rybnikov den Begriff der Gerontologie. Er ordnet dieses Fachgebiet den Verhaltenswissenschaften unter (Lehr, 1977). Heute kommt man zur Benennung dieses komplexen Forschungsbereiches mit einem Begriff nicht mehr aus. Tews (1979) charakterisiert allein fünf verschiedene Spezialgebiete der Altersforschung. Er nennt die Geriatrie, Gerontopsychologie, Gerontopsychiatrie, Gerontopädagogik und Gerontosozilogie. Diese verschiedenen Fachbereiche zeigen, in welcher vielfältigen Art und Weise gerontologische Aufgabenstellungen angegangen werden.

Hieraus wird ersichtlich, daß jeder Versuch einer einzelnen wissenschaftlichen Disziplin die Probleme des alternden Menschen allein zu lösen von vorneherein zum Scheitern verurteilt ist. Gerontologische Fragestellungen verlangen daher die Zusammenarbeit von Medizinern, Psychologen, Soziologen und auch Theologen. Während die Gerontologie in den verschiedensten Wissenschaftszweigen bereits großen Raum einnimmt, scheint die sozialpolitische Umsetzung der Erkenntnisse für die Betroffenen schwieriger. In einer Zeit, die geprägt ist durch hohe Jugendarbeitslosigkeit und wirtschaftliche Rezession, sind die Belange der Alten sekundär. Alte Menschen können sich nur noch in geringem Maße an wirtschaftlichen Prozessen beteiligen. Eine Lobby, die die Interessen der Senioren wahrnimmt, existiert nicht.

Im Jahre 1976 waren 14,8% der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland über 65 Jahre alt (Stat. Jb. 1978). Die steigende Lebenserwartung und eine bessere medizinische Versorgung tragen dazu bei, daß sich der Anteil der älteren Menschen noch weiter erhöhen wird.

Es soll hier nicht der Eindruck erweckt werden, daß der alte Mensch zwangsläufig zu einem Schattendasein verurteilt ist. Die in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich geregelte Rentenversicherung, die brutto-lohnbezogene Rente und die dynamische Rentenanpassung sind Fortschritte in der Versorgung des alten Menschen, die bei weitem noch nicht weltweit zur Selbstverständlichkeit geworden sind.

Thomae (1969) schreibt: „Altern ist heute primär soziales Schicksal und erst sekundär funktionelle und organische Veränderung.“ Dieser Satz unterstreicht, wie wichtig für die Bewältigung des Alters nicht nur der Gesundheitszustand, sondern auch der sozioökonomische Status des alten Menschen ist.

1.1 Vorbemerkung

Die vorliegende Dissertation ist Teil einer zweigliedrigen Untersuchung. Während M. Dittert die Persönlichkeitsstruktur in ihrem Einfluß auf Krankheit, Medikation und ärztliche Versorgung im Alter untersucht, hat diese Dissertation den Einfluß von sozioökonomischem Status und Lebenslauf auf Lebenszufriedenheit und Krankheit im Alter zum Gegenstand.

Für beide Arbeiten wurden insgesamt 100 Senioren der Jahrgänge 1903 bis 1915 befragt. Es wurde Wert darauf gelegt, daß es sich bei den Befragten nur um geistig und körperlich „rüstige“ Bejahrte handelt.

Die Wahl der Jahrgänge sollte sicherstellen, daß sowohl erst kürzlich berentete als auch Senioren, deren Berentung schon länger zurückliegt, in die Befragung aufgenommen wurden.

Bei der Auswertung der Ergebnisse berücksichtigt M. Dittert vor allem medizinische Aspekte, während der Schwerpunkt dieser Arbeit auf sozioökonomischem Gebiet liegt.

1.2

Problemstellung

„Je älter man wird, desto weniger sollte man sich in ein neues Geschäft einlassen... Älter werden, heißt selbst ein neues Geschäft antreten; alle Verhältnisse ändern sich und man muß entweder zu handeln ganz aufhören oder mit Willen und Bewußtsein das neue Rollenfach übernehmen" (Goethe).

Die Veränderung der Verhältnisse kann sich in drei Lebensbereichen vollziehen.

Im biologisch medizinischen Bereich bemerkt der alte Mensch eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes. Tätigkeiten, die ihm früher schnell und leicht von der Hand gingen, werden langsamer ausgeführt. Die Ruhepausen werden länger, weil der Bejahrte schneller ermüdet. Chronische, zum Teil auch akute Veränderungen der Sinnesorgane, schränken seine Orientierungsfähigkeit in der Umwelt ein. „Altersherz" und arthrotische Veränderungen der Gelenke machen ihn bei täglichen Verrichtungen unbeweglicher. Die Infektanfälligkeit ist größer. Nach Walford (1961) und Burnet (1970) ist das Immunsystem maßgeblich an dem Prozeß des Alterns beteiligt.

Auch im psychischen Bereich machen sich Veränderungen im Alter bemerkbar. Die Konzentrationsfähigkeit bei längeren Arbeiten läßt nach. Die Flexibilität und ein rasches Umstellen auf veränderte Lebensbedingungen sind nicht mehr in dem Maße erhalten wie beim jungen Menschen. Das Kurzzeitgedächtnis verändert sich zu Gunsten des Langzeitgedächtnisses. Assoziative Verknüpfungen und Aufmerksamkeit lassen nach, sodaß der fälschliche Eindruck entsteht, der alte Mensch sei teilnahmslos.

Ein dritter Bereich, der im Alter Änderungen unterworfen ist, ist der Sozialbereich.

Während sich bei den beiden oben genannten Daseinsveränderungen ein kaum merklicher, kontinuierlicher Wandel vollzieht, sind die sozialen Rollenwechsel und Rollenverluste akut. Die Pensionierung am Ende des Arbeitslebens vollzieht sich von heute auf morgen. Plötzlich hat der alte Mensch viel mehr Zeit zur Verfügung. Die finanziellen Gegebenheiten ändern sich ebenfalls mit einemmal. Es steht nur noch ein Teil des früheren Gehaltes zur Verfügung. Ein weiteres Problem ist in der Verwitwung zu sehen. Der plötzliche Tod des Ehepartners kann für eine depressive Entwicklung des Betagten verantwortlich sein.

Diese drei Bereiche, in denen sich Altern vollzieht, laufen nicht unabhängig voneinander ab. Sie bedingen sich gegenseitig. Wechselwirkungen zwischen Psyche, Körper und Umwelt machen den komplexen Vorgang des Alterns aus.

In dieser medizinisch-soziologischen Arbeit wurden ältere Menschen der Jahrgänge 1903 bis 1915, die in drei unterschiedlich strukturierten Altersheimen wohnen und gleichaltrige, nicht in Heimen lebende Senioren befragt.

Durch die Befragung sollte festgestellt werden, inwieweit sich unterschiedliche Lebenssituationen und Lebensschicksale auf den Alternsprozß des Individuums auswirken. Schulbildung, Beruf und Einkommen bestimmen den sozioökonomischen Status. Dieser beeinflußt das Persönlichkeitsprofil des Individuums maßgeblich. Beide Faktoren, Persönlichkeitsstruktur und sozioökonomischer Status erlauben dem alten Menschen eine unterschiedliche Krankheitsbewältigung und Gesundheitsvorsorge. Auch die Einflüsse der beiden Weltkriege und die damit verbundenen Lebensschicksale wirken sich auf den Alternsprozß des Einzelnen aus. Unter dem Gesichtspunkt eines unterschiedlichen sozioökonomischen Status wurden drei Altersheime ausgewählt. Heim I ist ein sehr komfortables Altenwohnheim, das nur besser verdienenden Personen zugänglich ist. Heim II, ebenfalls ein Altenwohnheim, wird von Angehörigen des mittleren und unteren Mittelstandes bewohnt. Heim III ist ein Altersheim. Hier leben hauptsächlich alte Menschen der Arbeiterschicht.

3 Darstellung der Forschungstechnik

3.1 Die Befragung

Für die Erhebung der Daten wurde ein vierteiliges Erhebungsinstrument ausgearbeitet.

Der erste Teil, als Interview mit geschlossenen Fragen durchgeführt, bezieht sich auf demographische Angaben zur Person. Im Teil zwei, er ist in Form eines halbstandardisierten Interviews gehalten, finden sich Fragen zur medizinischen Situation des alten Menschen. Dieser Teil des Erhebungsinstrumentes ist für die Fragestellung von M. Dittert relevant. Teil drei beschäftigt sich mit dem Freizeitverhalten der Senioren. Hierzu wurde ebenfalls das Interview mit geschlossenen Fragen gewählt. Mit Teil vier der Befragung sollten die Kriegsauswirkungen so, wie sie von den Betagten erlebt worden waren, beschrieben werden. Das Interview wurde in offener Form, das heißt mit offenen Fragen geführt, um der Komplexität der Frage gerecht zu werden und differenzierte Antworten zu ermöglichen.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf den Teilen I, III und IV.

Im Anschluß an die Befragung wurden fünf Tests zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur, der Konzentrationsfähigkeit, der Intelligenz, des subjektiven Empfindens und der Lebenszufriedenheit durchgeführt.

3.2 Die Testinstrumente

Mit der Kurzform des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-K) von Fahrenberg, Selg, Hampel wurde versucht einige Determinanten der Persönlichkeitsstruktur zu erfassen.

Die Lebenszufriedenheit nach Löhr vermittelt einen Überblick über die jetzige Lebenssituation.

Der Bildungsstand, in Verbindung mit der Intelligenz, wurde durch den Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B) von Lehrl grob abgeschätzt.

Aufschlüsse über die Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistungen vermittelt der Syndrom-Kurztest von Erziikeit.

Die depressive Symptomatik der Befragten wurde über die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen nach Zerssen festgestellt.

3.3 Durchführung der Untersuchung

Für beide Arbeiten wurden insgesamt 100 Senioren befragt. Die Interviews erfolgten in der Zeit vom 21.12.81 bis zum 25.2.82.

Dreiviertel der Befragten waren Heimbewohner. Die drei Heime wiesen eine unterschiedliche sozioökonomische Struktur auf. Eines der Heime ist ein sogenanntes Altersheim während die beiden anderen Altenwohnheime sind.

Über zwei Altenclubs und eine Altenbetreuerin wurden die 25 außerhalb wohnenden Senioren erfaßt.

Dabei waren 80 Personen weiblichen und 20 männlichen Geschlechts.

Die Dauer der Befragung betrug 1. bis 2 Stunden. Sowohl den Heimleitungen als auch den Einzelpersonen wurde volle Anonymität zugesichert. Jedem Untersuchungsteilnehmer ist die Absicht der Arbeit verdeutlicht worden.

Das gesamte Erhebungsinstrument ist im Anhang dieser Arbeit wiedergegeben.

Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse dieser Untersuchung in Prozentzahlen und / oder absoluten Zahlen angegeben.

Zuerst werden die Testergebnisse erläutert. Es folgen die demographischen Daten. Anschließend werden die Teile III, IV und II der Befragung dargestellt.

4.1 Darstellung der Testergebnisse

4.1.1 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar-Kurzform

Der Darstellung und Interpretation der Testergebnisse des FPI-K seien hier einige generelle Bemerkungen zu Persönlichkeitstests voran gestellt. Die Persönlichkeit des Menschen ist von vielen Faktoren abhängig, die keineswegs alle hinreichend ergründet werden können. Aussagen, die man durch solche Tests erhält, können sich immer nur auf bestimmte, eng begrenzte Teile der Persönlichkeit beziehen. Und auch diese Aussagen sind mit größter Vorsicht zu betrachten. Keineswegs läßt sich nach einem bestimmten Testergebnis dem Probanden die und keine andere Persönlichkeit zuordnen.

Ein weiteres Problem, speziell bei der Auswertung des hier durchgeführten Persönlichkeitstests, liegt darin, daß durch die begrenzte Itemzahl (76) nur Quartilwerte errechnet werden konnten. Man muß also davon ausgehen, daß alle Werte zwischen 25% und 75% im Normalbereich liegen. Die Kurzform des FPI wurde aber gerade wegen

der kleinen Itemzahl gewählt, um die Probanden nicht zu stark zu belasten.

Aussagen über die Persönlichkeitsentwicklung sollten nach der Meinung von Lehr (1977) auf Längsschnittuntersuchungen beruhen. Da sich diese Untersuchung jedoch mit gleichen Altersgruppen, die einen unterschiedlichen sozio-ökonomischen Status aufweisen, beschäftigt, ist eine Querschnittsuntersuchung angebracht.

Auf die Entwicklungen, die zu einer bestimmten Persönlichkeit hinführt, sei hier nicht eingegangen (Thomae, 1951).

Der FPI-K gliedert sich in 12 Skalen.

Skala 1 erlaubt Aussagen über die Nervosität des Probanden. Der Grad der Nervosität wird in diesem Fall über die psychosomatische Irritation ermittelt.

64% der Befragten in Heim I gaben an, psychosomatisch nicht beeinträchtigt zu sein. Die übrigen drei Personengruppen (Heim II, Heim III und außerhalb Wohnende) lagen um 35%.

Skala 2 beschäftigt sich mit der spontanen Aggressivität. Die Ergebnisse erlauben keine eindeutige Aussage. Nur soviel vielleicht, daß 72% der Bewohner von Heim III als nicht aggressiv und beherrscht einzustufen sind. Unter Vorbehalt kann man dies, berücksichtigt man die Lebensumstände, auch als ein sich Abfinden mit seinem Schicksal deuten.

Skala 3 gibt Einblick in das depressive Verhalten der Testperson. An dieser Stelle sei nicht darauf eingegangen, da durch die Erlanger Depressionsskala genauere Ergebnisse vorliegen (siehe dort).

Skala 4 erlaubt eine Aussage über die Erregbarkeit. 64% der Befragten aus Heim III bezeichnen sich als ruhig bis stumpf. Dies deckt sich in etwa mit den Ergebnissen von Skala 2. 60% aus Heim I sind ebenfalls ruhig und stumpf. Diese hohe Prozentzahl dürfte sicherlich andere Gründe haben als die, der Bewohner von Heim III.

Skala 5 gibt Auskunft über die Geselligkeit. Heim I ist mit 40% am geselligsten. Heim III mit 36% an ungeselligen Personen liegt deutlich hinter den anderen zurück. Berücksichtigt man das große Freizeitangebot in Heim I ist diese Zahl nicht verwunderlich. In Heim III werden kaum Freizeitmöglichkeiten angeboten.

Skala 6 (Gelassenheit) ist nicht auszuwerten.

Skala 7 beschäftigt sich mit der reaktiven Aggressivität. Alle Heime und die außerhalb Wohnenden weisen hohe Prozentzahlen auf (60%). Unterschiede sind nicht feststellbar.

Skala 8 beschreibt die Gehemmt- bzw. Nicht-gehemmtheit. Heim I ist mit 64% deutlich

kontaktfreudig.

Skala 9 beurteilt die Kritikfähigkeit.

Hier war die Auswertung unglaubwürdig. 56% aus Heim I sind nach dieser Bewertung unkritisch. Dagegen nur 20% aus Heim III. Diese Aussage steht im Widerspruch zu allen vorigen Subtests.

Skala 10 (Extraversion - Introversion) zeigt, daß Heim I deutlich extravertierte Persönlichkeiten aufweist. Dies deckt sich mit Skala 8.

Skala 11 (emotionale Labilität) ist nicht verwertbar.

Skala 12 (typisch männliche gegen typisch weibliche Selbstschilderung) hat ebenfalls zwei Schwerpunkte. In Heim I überwiegt mit 56% die typisch männliche Selbstschilderung, in Heim III mit 48% die typisch weibliche Selbstschilderung.

Anzumerken sei noch, daß in dieser Aufstellung Heim II und die außerhalb von Heimen Wohnenden nicht erwähnt wurden. In allen Subtests erreichten beide fast immer gleiche Werte. Diese Werte lagen dann auch immer zwischen denen aus Heim I und Heim III.

Tab. 1: Freiburger Persönlichkeitsinventar-Kurzform

Persönlichkeitsstruktur	Heim I	Heim II	Heim III	a.W.
Nervosität, psychosomat. gestört,	8	12	24	24
psychosomat. nicht gestört	64	36	32	36
Spontane Aggressivität	8	32	12	8
nicht aggressiv, beherrscht	52	44	72	64
Depressivität, selbstunsicher	12	20	16	12
zufrieden, selbstsicher	48	32	28	48
Erregbarkeit, reizbar, frustiert	0	16	4	8
ruhig, stumpf	60	32	64	32
Geselligkeit, lebhaft	40	28	32	40
ungesellig, zurückhaltend	4	12	36	12
Gelassenheit, selbstvertrauend	12	12	20	12
irritierbar, zögernd	16	8	20	12
Aggressivität, Dominanzstreben	4	8	12	24
nachgiebig, gemäßigt	60	60	64	52
Gehemmtheit, gespannt	8	8	28	20
ungezwungen, kontaktfreudig	64	32	20	48
Offenheit, selbstkritisch	16	8	8	20
Verschlossen, unkritisch	56	40	20	44
Extraversion	52	32	16	48
Introversion	12	28	36	28
emotionale Labilität	4	16	12	8
emotional stabil	44	44	36	48
typ. männl. Selbstschilderung	56	32	16	20
typ. weibl. Selbstschilderung	4	20	48	20

a. W = außerhalb Wohnende

Alle Angaben stehen in Prozentzahlen.

4.1.2 Der Syndrom-Kurztest

Der Syndromkurztest nach Erzigkeit wurde durchgeführt um zu gewährleisten, daß es sich bei den befragten Personen um geistig „rüstige“ alte Menschen handelt.

Der Test wird wie folgt gegliedert:

- 0 - 4 Punkte: Keine Funktionspsychose nachweisbar
- 5 - 8 Punkte: Fragliches Durchgangssyndrom
- 9 - 13 Punkte: Leichtes Durchgangssyndrom

Die Auswertung ergab, daß 5 Personen ein leichtes Durchgangssyndrom aufwiesen. Diese geringe Zahl ist zu vernachlässigen. Die Testergebnisse sind somit verwertbar. Bei diesem Test muß berücksichtigt werden, daß eventuell vorhandene Sehbehinderungen die Ergebnisse verfälschen können.

Tab. 2: Syndrom-Kurztest

Gruppenzugehörigkeit	Störungsgrad			Σ
	0-4	5-8	9-13	
Heim I	24	1	0	25
Heim II	19	4	2	25
Heim III	14	8	3	25
außerhalb Wohnende	18	7	0	25
Σ	75	20	5	100

Alle Angaben stehen in absoluten Zahlen.

4.1.3 Die Lebenszufriedenheitsskala

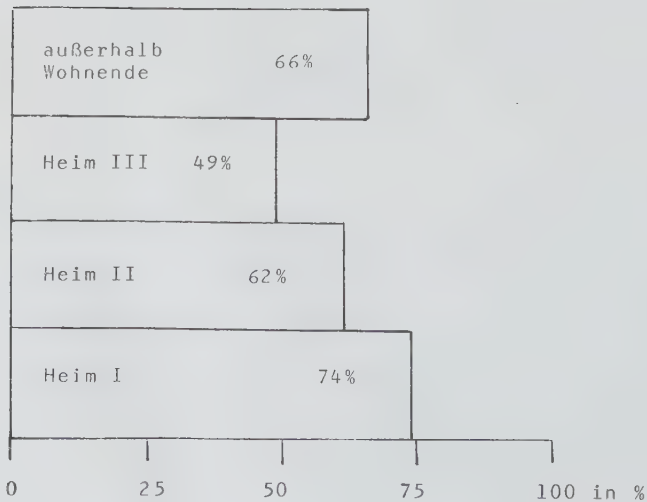
Die Lebenszufriedenheitsskala nach Löhr besteht aus 22 Aussagen, die mit ja oder nein zu beantworten sind. Drei Faktoren der Lebenszufriedenheit lassen sich daraus ermitteln:

Faktor I : positive Tönung des Selbstbildes

Faktor II : optimistische Einschätzung der Zukunft
und Stimmung

Faktor III : Ausmaß der Freude, die man bei alltäglichen
Beschäftigungen findet.

Diagramm 1: Die Gesamtlebenszufriedenheit



Wie aus Diagramm 1 hervorgeht ist die Lebenszufriedenheit in Heim I am höchsten. Heim II und die außerhalb Wohnenden liegen mit 62% und 66% auf annähernd gleicher Ebene. In Heim III ist die Lebenszufriedenheit mit 49% am niedrigsten.

Nach Havighurst (1968) vollzieht sich der Anpassungsprozeß an das Alter in 6 Dimensionen:

- 1.) Persönlichkeit
- 2.) Soziale Interaktion und Aktivität
- 3.) Normen und Erwartung der Umgebung
- 4.) Ökonomische Sicherheit
- 5.) Gesundheit
- 6.) Unterstützung durch die Umwelt

Eine Möglichkeit das Maß der Anpassung oder besser das Maß des erfolgreichen Alterns zu ermitteln, ist die Messung der Lebenszufriedenheit.

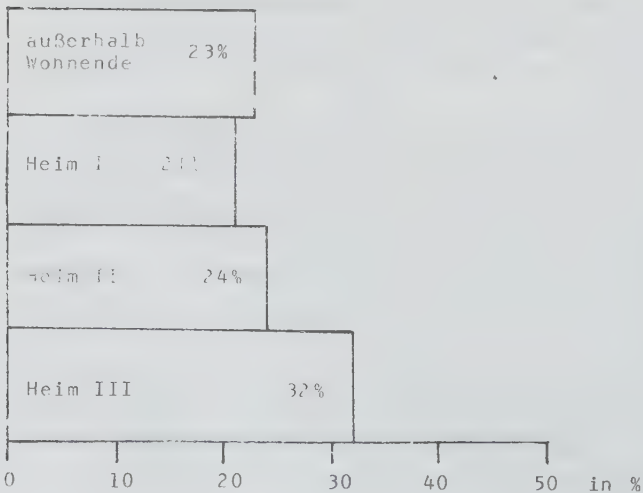
Die Frage, warum in Heim I die Lebenszufriedenheit am höchsten, in Heim III dagegen am niedrigsten ist, läßt sich nach den obigen Havighurst'schen Dimensionen beantworten.

Stosberg (1977) stellt fest, daß ein höherer Intelligenzgrad und ein höheres Schulbildungsniveau die Anpassung an das Alter erleichtern, weil neu entstehende Probleme flexibler und rationaler bewältigt werden können. Sowohl durch einen höheren Intelligenzgrad als auch durch eine bessere Schulbildung unterscheidet sich Heim I von Heim III.

Die soziale Interaktion und Aktivität wird in Heim I durch vielerlei kulturelle und sportliche Angebote gefördert. In Heim III fehlen diese Möglichkeiten nahezu vollständig. Bei der Beurteilung der Aktivität muß

allerdings die unterschiedliche soziale Schicht berücksichtigt werden. Tews (1979) schreibt dazu: „So kann man Dinge fordern, die bei bestehendem Bildungsniveau und bestehenden Einkommensverhältnissen nicht realisierbar sind, man kann schwerlich im Alter Formen der „Kreativität“ z.B. bei der Unterschicht verlangen, wenn Interessen und Fähigkeiten für jene Dinge nicht ausgebildet wurden.“ Besonders krasse Unterschiede sind bei der ökonomischen Sicherheit festzustellen. Über 99% in Heim I haben monatliche Bezüge über 2000 DM. In Heim III erreichen diese Summe gerade 8% der Bewohner. Der Gesundheitszustand weist ebenfalls Differenzen zwischen den Bewohnern von Wohnheimen und von Altenheimen auf.

Diagramm 2: Gesamtzahl der Diagnosen



Wie aus Diagramm 2 hervorgeht stehen den 93 Diagnosen in Heim I 144 Diagnosen in Heim III gegenüber. Sicherlich spielt das höhere Bildungsniveau eine Rolle, das zu einem adäquateren Gesundheitsverhalten führt.

Abschließend kann gesagt werden, daß ein guter Gesundheitszustand und die Sicherheit der wirtschaftlichen Verhältnisse die Lebenszufriedenheit erhöhen und das Erkrankungsrisiko senken (Stosberg, 1977).

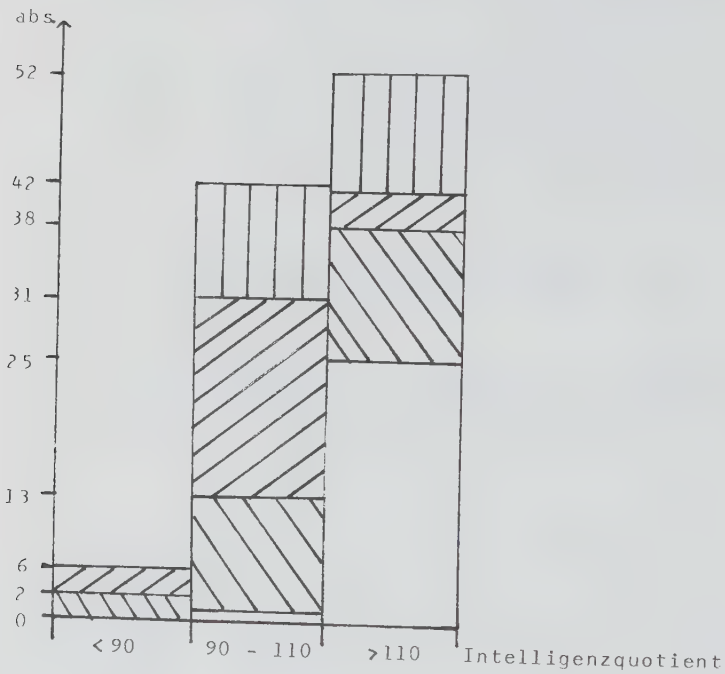
4.1.4 Der Mehrfachwahl - Wortschatz - Test

Der Mehrfachwahl - Wortschatz - Test nach Lehrl erfaßt über den Bildungsgrad grob die Intelligenz.

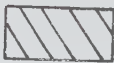
Eingeteilt wird die Intelligenzleistung in drei Gruppen:

- 1.) kleiner 90
- 2.) 90 - 110
- 3.) größer 110

Abb. 1: Intelligenzquotient → Gesamtüberblick



Heim I



Heim II



Heim III



außerhalb
Wohnende

Nach der Testauswertung ergeben sich für Heim I die höchsten Werte. 24 von 25 Probanden hatten einen IQ größer 110.

Heim II stimmt mit den Ergebnissen der außerhalb Wohnenden in etwa überein. Bei 2 Personen liegt der Intelligenzquotient unter 90.

Heim III ist mit 80% in der IQ-Gruppe 90-110 am stärksten repräsentiert. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in der Schulbildung und Berufsausübung wieder.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Welford (1958) konnte nachweisen, daß sich die durch den Beruf gegebenen Trainingsmöglichkeiten auch beim Lösen anderer Aufgaben, wie sie der Test darstellt, positiv auswirken.

Thomae und Lehr (1969) haben festgestellt: „Die Tests, mit Hilfe derer die Alternsveränderungen der Intelligenzleistung in den meisten der genannten Untersuchungen festgestellt wurden, wurden in der Annahme erarbeitet und angewandt, daß ihre Lösungen von dem Grad der Schulbildung unabhängig seien. Schon früh mußte man jedoch einen engen Zusammenhang zwischen Schulbildung und der durch solche Tests gemessenen Intelligenzleistung feststellen.“

„Ein weiterer wesentlicher Faktor, der in früheren Untersuchungen nicht in ausreichendem Maße beachtet wurde, der aber eine entscheidende mindernde Wirkung auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit hat, ist der Gesundheitszustand“ (Rudinger, 1971).

Lehr und Thomae (1969) heben die Umgebung als Stimulans besonders hervor. Sie verdeutlichen, daß „ältere Personen in Intelligenztests bessere Leistungen erzielten, wenn sie in einer anregenden, zur eigenen Aktivität ermunternden Umgebung lebten. Besonders deutlich wurden derartige Unterschiede bei einem Vergleich von Personen, die neu in ein Altersheim eingewiesen wurden mit solchen,

die schon länger im Heim lebten. Auch bei Vergleichen der Bewohner unterschiedlicher Altersheime, von denen eine stärker oder schwächer stimulierende Wirkung ausging, zeigte sich, daß der beobachtete Abbau der intellektuellen Fähigkeiten eindeutig als Folge einer reizarmen Umgebung und einer gewissen sozialen Isolation anzusehen ist". Zu den Auswirkungen der Untersuchungssituation auf die intellektuelle Leistung stellen Thomae und Lehr (1969) fest: „Bei der Diskussion der Untersuchungsergebnisse, die zur Formulierung des Defizit-Modells der Altersveränderungen der geistigen Leistung führten, wurde immer wieder auf die Rolle der Motivationsfaktoren verwiesen. Die Älteren, so hob man hervor, seien an den Aufgaben, die ihnen in solchen Testsituationen gestellt werden, weit weniger interessiert als Jüngere, für die vom Ausgang einer solchen Testuntersuchung ja noch "etwas abhängen" könnte. Außerdem seien ältere Menschen generell weniger leistungsorientiert als jüngere. Von da aus gesehen müsse man die so häufig konstatierten Leistungsunterschiede eigentlich als Unterschiede der Motivation deuten."

4.1.5 Die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungs- Skalen

Die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen nach Zerssen (1976) sind in vier Gruppen unterteilt.

- Erlanger Depressionsskala (EDS)
 Faktor I: depressive Stimmung
 Faktor II: Einschränkung der Expansivität
- Skala für vegetative Funktionsstörungen (SVF)

- Skala für allgemeines somatisches Mißempfinden (SasM)
- Schmerz-Kurz-Skala (SKS)

M.Dittert wertet für ihre Arbeit die SVF, SasM und SKS Skalen aus. In dieser Arbeit sei nur auf die EDS-Skalen eingegangen.

Kanowski (1982) unterscheidet drei pathogenetische Grundtypen depressiver Erkrankungen:

- 1.) Typ der endogenen Depression
- 2.) Typ der organischen oder symptomatischen Depression
- 3.) Typ der psychogenen Depression

Wieck (1967) hat die zylothyme Depression in folgende Syndromreihen aufgeteilt:

- 1.) die depressiven Elementargefühle
 - a) Traurigkeit
 - b) Angstgefühle
 - c) Schuldgefühle
- 2.) die depressive Gefühlsverarmung
- 3.) leibliche Mißempfindungen
- 4.) Störungen der Erlebnisweisen
- 5.) Vegetative Funktionsstörungen
- 6.) Tagesschwankungen

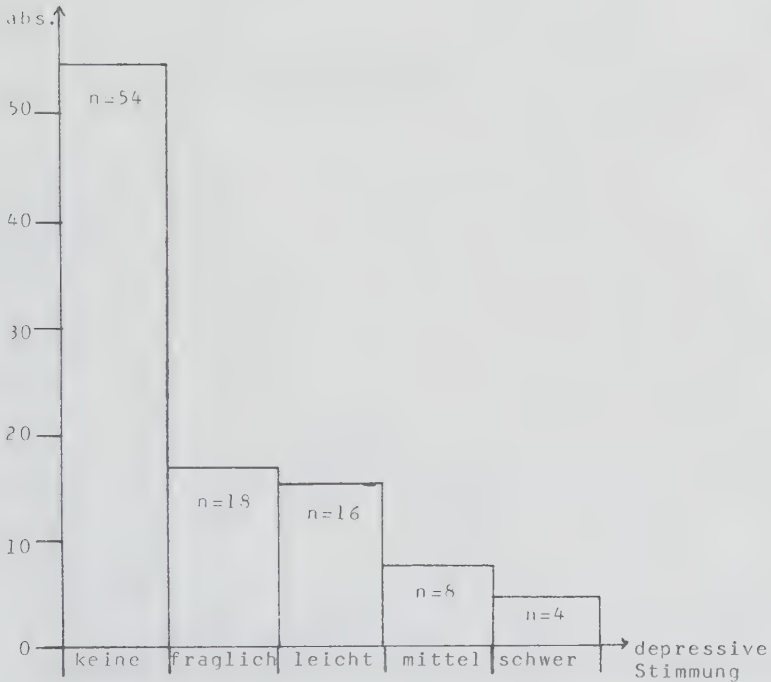
Die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen dienen hauptsächlich der Erfassung der Elementarsymptome bei der endogenen Depression.

Tab. 2: FDS-Gesamt

Gruppe	keine	fraglich	leicht	mittel	schwer	Σ
abs Heim I	16	6	1	1	1	25
%	64	24	4	4	4	100
abs Heim II	14	6	4	1	0	25
%	56	24	16	4	0	100
abs Heim III	7	5	9	4	0	25
%	28	20	36	16	0	100
abs a. W.	17	3	3	2	0	25
%	68	12	12	8	0	100
Σ	54	20	17	8	1	100

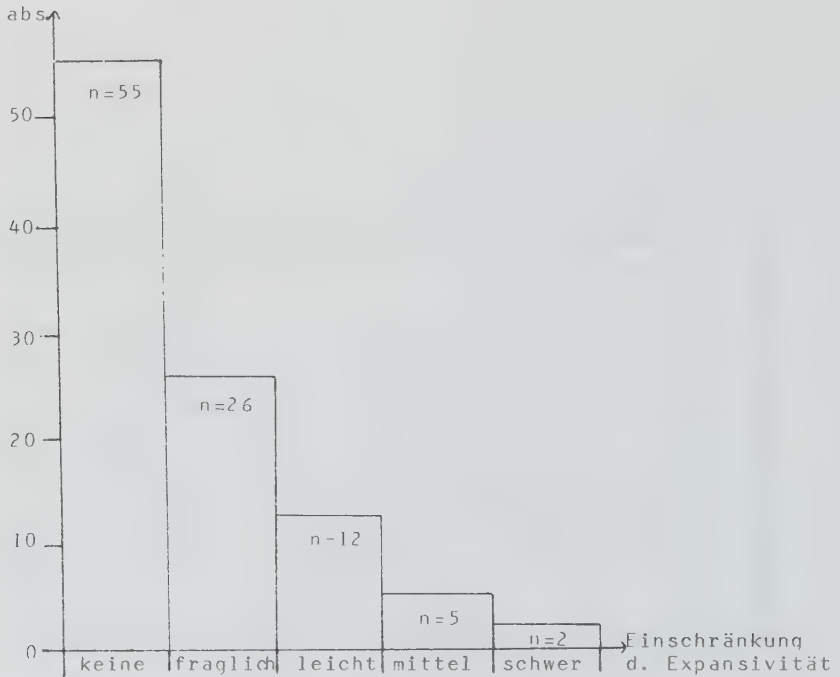
54% der Befragten geben keine depressive Symptomatik an.
46% beurteilen sich selbst von fraglich bis schwer depressiv.

Abbildung 2: Verteilung von Faktor I



Während 18 Personen bei Faktor I eine fraglich depressive Stimmung haben, sind es immerhin 26 Personen, deren Expansivität fraglich eingeschränkt ist. Dieser Sachverhalt ist sicher nicht allein auf die Tatsache des Heimaufenthaltes zurückzuführen. 6 außerhalb wohnende Personen sind ebenfalls in ihrer Expansivität eingeschränkt.

Abb. 3: Faktor II



Es ist sicher nicht möglich die depressiven Verstimmungen hier näher zu klassifizieren. „Das Problem der Differentialdiagnose depressiver Syndrome im höheren Lebensalter wird erschwert durch das hinreichend bekannte Faktum der Multimorbidität und die damit verknüpfte, aber auch unabhängig hiervon gegebene höhere psychosoziale Vulnerabilität älterer Menschen“ (Kanowski, 1982).

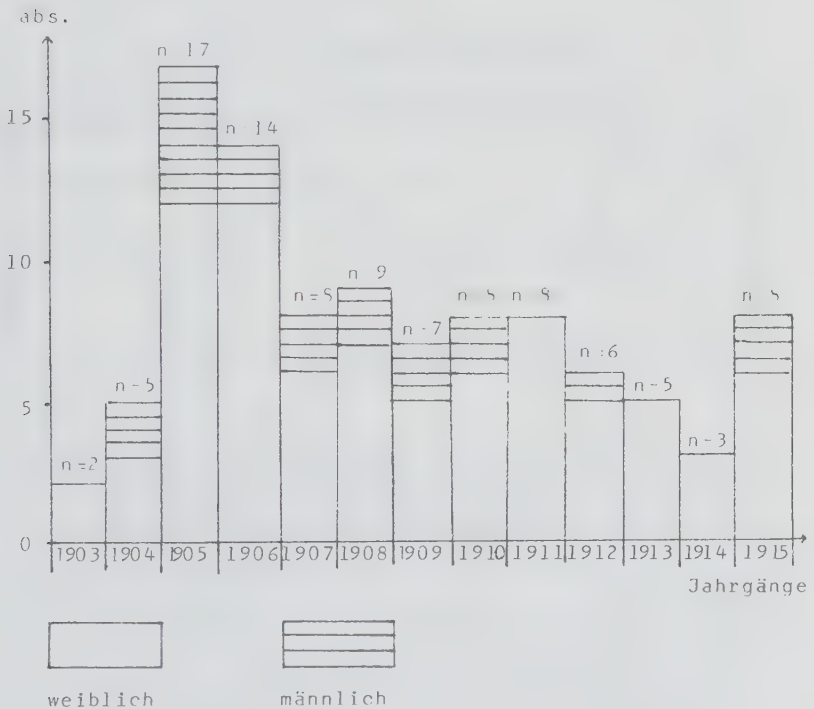
Durch die „multikonditionale Pathogenese“ der Depression im Alter kommt es in großem Maße zur Vermischung der drei Grundtypen.

4.2 Demographische Daten

Die Befragung Teil I

4.2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

Abb. 4: Alters- und Geschlechtsverteilung



Der interviewte Personenkreis umfaßte die Jahrgänge 1903 bis 1915. Der anteilmäßig größte Teil ist 76 und 77 Jahre alt. Diese Zahlen decken sich mit den Angaben von

Tews (1979), der ein Durchschnittsalter von 80 Jahren für Altenheimbewohnern annimmt. Die Jahrgänge von 1910 bis 1915 zählten sicher zu den jüngsten Heimbewohnern. Bestätigt werden konnte außerdem, daß die Frauen zahlenmäßig überwiegen. Von 100 befragten Personen waren 20 männlich und 80 weiblich.

4.2.2 Religionszugehörigkeit

Anzahl der Befragten	kath.	evang.	andere Konfession	konfessionslos
100	33	58	2	7

Die Frage der Religionszugehörigkeit gibt keine Aufschlüsse über die Religiosität der Befragten. Es können keine Aussagen über Glaubensvorstellungen und religiöses Praktizieren z.B. Kirchenbesuch gemacht werden.

Der hohe Anteil an evangelischen Christen entspricht der Religionsverteilung in Erlangen.

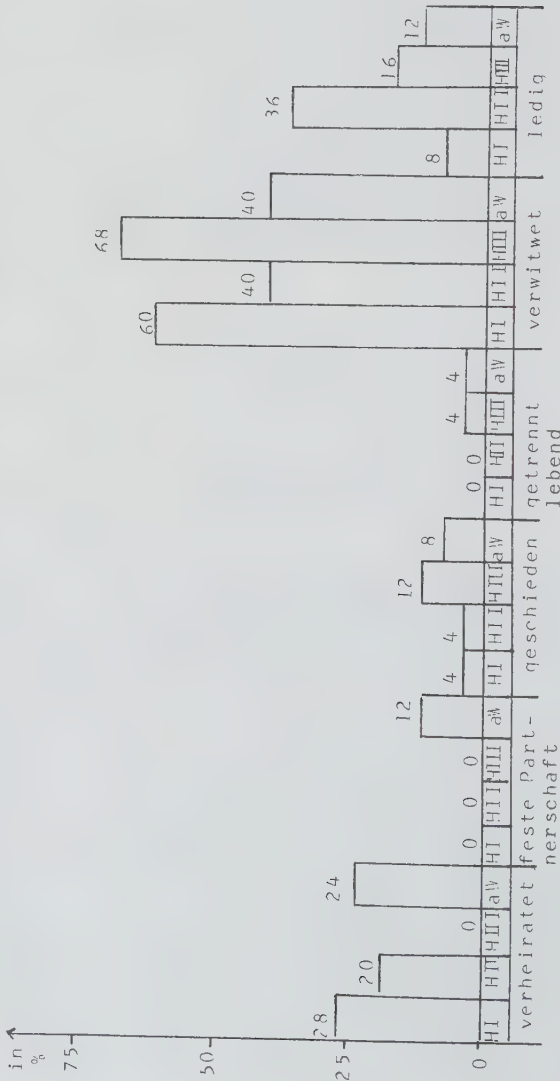
Kielholz (1957) nennt als ein Motiv bei suizidalen Involutionsdepressionen das Fehlen von religiösen Bindungen. Kielholz ~~schreibt weiter:~~ "Je gehäufiger sich der alternde Mensch über seine Erinnerungen und Erfahrungen, aber auch über seine Verluste, Sorgen und Befürchtungen aussprechen kann und je vielfältiger seine mitmenschlichen Beziehungen sind, um so

gesicherter ist er gegenüber psychischen Störungen... Es ist wohl selbstverständlich, daß jede Bindung an höhere Werte, besonders die Kraft, die im Glauben liegt, den Menschen hilft, Konflikte und Verluste zu tragen und zu verarbeiten; gerade beim alternden Menschen sollten die religiösen Bindungen gefestigt und dadurch die Angst vor der Nähe des Todes bekämpft werden... Sind die alten Menschen vor Vereinsamung geschützt, durch einen Aufgabenkreis geschützt und durch Bindung an höhere Werte verankert, so sind sie psychisch so gesichert, daß sie die Umweltreize ohne Gleichgewichtsstörungen verarbeiten können."

4.2.3

Familienbeziehungen

Abb. 5: Gesamtüberblick über den Familienstand aller Senioren



H = Heim aW = außerhalb Wohnende

Tab. 3: Familienstand und Gesundheitszustand des Lebenspartners

Gruppe	Familienstand verheiratete Partnerschaft		Lebens- partner krank und gesund		Familienstand getrennt lebend		Σ
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Heim I	7	0	4	3	1	15	25
	24	0	57	43	4	60	100
Heim II	5	0	4	1	1	10	25
	20	0	50	20	4	40	100
Heim III	0	0	0	0	3	17	25
	0	0	0	0	12	68	100
a. W.	6	3	4	5	2	10	25
	24	12	44	56	5	40	100
Σ	19	3	57	43	7	52	100

a. W. = außerhalb Wohnende

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht sind 52% der Befragten verwitwet. Mit je 18% folgen Ledige und Verheiratete. Sieben von Hundert Personen sind geschieden und drei Senioren geben an, eine feste Partnerschaft zu unterhalten. Man kann aus der Tabelle ablesen, daß ein zentrales Problem des Alters die Verwitwung und insbesondere die Verwitwung der Frau ist. Thoma (1970) stellt dazu fest: „Nach dem 65sten Lebensjahr lebt jeder 2. Mensch als Witwer; die Quote der Wiederverheiratung ist sehr gering.“ Und Bunqard (1974) weiter: „Mit zunehmenden Alter steigt der Anteil der so erzwungenermaßen Alleinlebenden kontinuierlich an; vor allem Frauen sind davon betroffen, da sie im Durchschnitt fünf Jahre jünger sind als ihre Ehemänner und eine längere Lebenserwartung haben.“ Tews (1979) sieht einen Grund für den hohen Frauenanteil in Altersheimen in der Verwitwung.

Tab. 4: Geschlechtsverteilung der Verwitweten in den drei Heimen

Gruppe	verwitwet	männlich	weiblich
Heim I	10	5	5
Heim II	15	1	14
Heim III	17	3	14
Gesamt	42	9	33

Die Verwitung als „developmental task“ (Havighurst, 1963) sucht ihre Lösungsmöglichkeit nach Lopata (1970) in drei verschiedenen Verhaltensmustern.

- 1.) familiäre und außerfamiliäre Kontakte, wie vor dem Tod des Partners
- 2.) neue Aktivität mit Menschen gleichen Schicksals
- 3.) Aktivitätsverlust im Sinne von „Disengagement“

Znaniecki (1969) gibt folgende Beschreibung des Witwenstatus:

- 1.) Nach dem Tod ihres Mannes werden Witwen nur noch selten zu Parties, Golfpartien usw. eingeladen.
- 2.) Der Kontakt zu früheren Freunden und Bekannten wird unter Umständen sogar aktiv gemieden, da sonst wieder Erinnerungen an frühere Zeiten wachgerufen werden.
- 3.) War der Ehemann vor seinem Tod längere Zeit im Krankenhaus, so wurde schon dadurch eine Isolierung von Freunden bewirkt.
- 4.) Kontakte zu befreundeten Ehepaaren müssen aufgegeben werden, weil eine allein-stehende Witwe u.U. Eifersuchtsprobleme zwischen anderen Ehepartnern auslösen kann.
- 5.) Viele Witwen ziehen sich zurück, weil sie andere nicht stören wollen und immer das Gefühl haben, „das fünfte Rad am Wagen zu sein“.

6.) Oft war es der Ehemann, der neue Kontakte knüpfte; die Witwe war nie dazu gezwungen und hat deshalb diese Fähigkeiten verlernt.

7.) Viele Veränderungen der Lebenssituation engen den Lebenskreis ein: Geringere finanzielle Mittel, kein Auto bzw. Führerschein usw.

Die Verwitwung hat nach der Aufzählung von Znaniecki überwiegend negative Auswirkungen. Dem entspricht in etwa Punkt 3 bei den Verhaltensmustern von Lopata.

Vergleicht man die Lebenszufriedenheit der Verwitweten mit den der nichtverwitweten Personen, so lassen sich unterschiedlich Ergebnisse feststellen.

Tab. 5: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit (in Punkten) der Verwitweten

Höchstpunktzahl 22

Gruppe	Anzahl	Lebenszufriedenheit
Heim I	15	18
Heim II	10	13
Heim III	17	10
a. W.	10	13

a. W. = außerhalb Wohnende

Tab. 6: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit (in Punkten)
der nicht verwitweten Personen

Höchstpunktzahl 22

Gruppe	Anzahl	Lebenszu- friedenheit
Heim I	10	15
Heim II	15	14
Heim III	5	12
a. W.	15	16

a. W. = außerhalb Wohnende

Die Lebenszufriedenheit der Verwitweten in Heim I ist höher als die der Nichtverwitweten. In den beiden anderen Heimen und bei den außerhalb Wohnenden ist der Sachverhalt umgekehrt. Hier haben die Nichtverwitweten eine höhere Lebenszufriedenheit als die Verwitweten. Heim III hat den höchsten Witwenanteil und die niedrigste Lebenszufriedenheit.

Die Frage nach einer festen Partnerschaft wurde von drei Personen bejaht. Diese Senioren zählen nicht zu den Heimbewohnern. Es ist durchaus denkbar, daß sich gerade in Heimen feste Partnerschaften entwickeln, man sich aber schämt diese zuzugeben. Hier spielen sicherlich gesellschaftliche Vorurteile eine Rolle, die solche Beziehungen als unmoralisch etc. ablehnen. Partnerschaften ohne Trauschein werden heute auch aus finanziellen Erwägungen geschlossen. Alles in allem ist es schwierig von älteren

Menschen über diesen Lebensbereich Auskünfte zu erhalten.

Die Verheirateten oder fest gebundenen Personen sollten die Frage beantworten, ob ihr Lebenspartner krank oder gesund ist. In zwölf Fällen war der Partner krank oder pflegebedürftig, bei neun Paaren war der Lebensgefährte gesund.

Unterschiede hinsichtlich der Lebenszufriedenheit oder der Stimmungslage im depressiven Bereich waren nicht festzustellen.

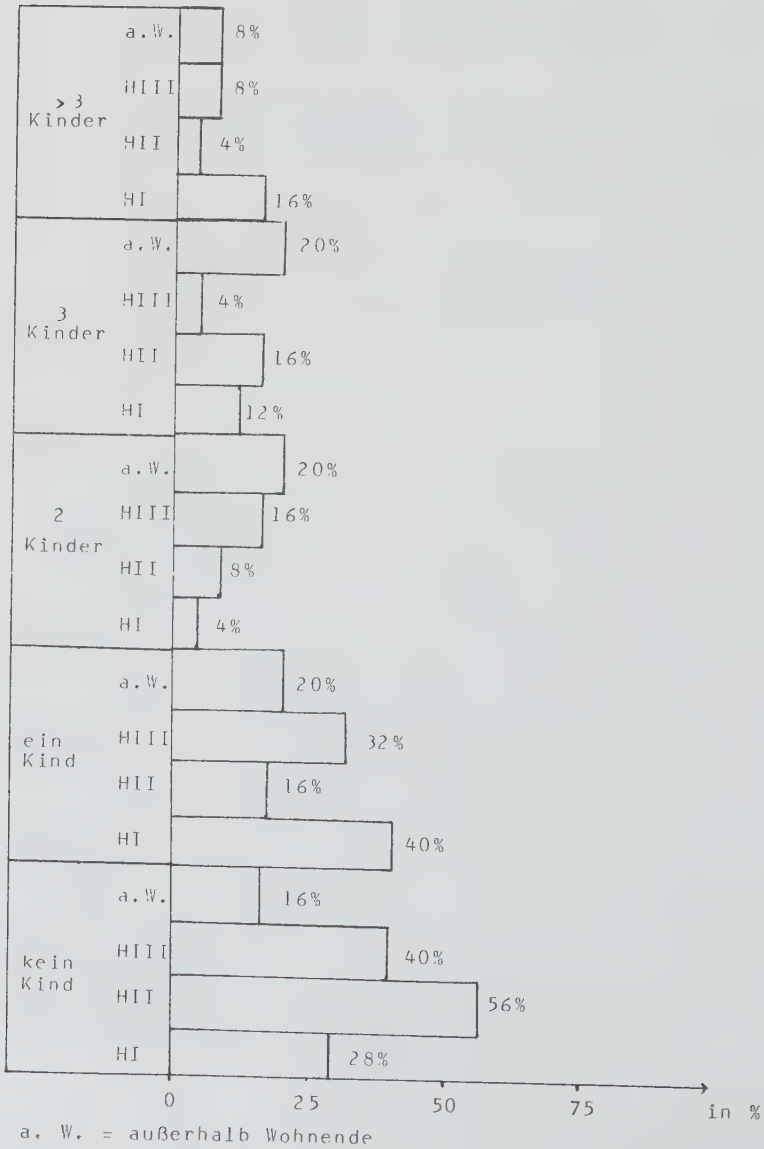
Durch den, die Familie betreffenden, sozialen Wandel hat sich die Situation der alten Menschen verändert. Nach neueren Untersuchungen (Stehouwer, 1968) läßt sich die Meinung, daß die Isolation der Alten ein Ergebnis der Entwicklung zur Kernfamilie ist, nicht mehr aufrecht halten (Tews, 1979). Unter Kernfamilie ist das Zusammenleben von nur zwei Generationen, den Eltern und ihren unmündigen Kindern zu verstehen. Tartler (1961) spricht in diesem Zusammenhang von einem neuen Arrangement des distanzierten Familienlebens. Bungart (1974) beschreibt diese Situation folgendermaßen: „Trotz räumlicher Trennung bestehen häufig enge, emotional höchst bedeutsame Kontakte, die den alten Menschen das Gefühl geben, in Notsituationen gebraucht zu werden und ihrerseits auch auf Hilfe der Kinder rechnen können. Dieses Gefühl wird vor allem dadurch gefördert, daß die Kinder sich sehr oft in der Nachbarschaft der elterlichen Wohnung ansiedeln. Kontakte mit Töchtern finden dabei wesentlich häufiger statt als mit Söhnen, selbst wenn die Entfernungen zu den Wohnungen der beiden gleich groß sind.“

Bei dieser Untersuchung haben 21 Senioren, die außerhalb der Heime wohnen Kinder. Nur zwei von ihnen lebten mit den Kindern zusammen. Untersuchungen von Bungart

(1974) konnten zeigen, daß die Alten es sind, die nicht mit den Jungen zusammenleben möchten. Als Gründe werden genannt (Lehr u. Thomae, 1968):

- Alt und jung gehören nicht zusammen; passen nicht zusammen; Kinder haben einen anderen Lebenskreis
- man sei nicht allein und habe den Willen, unabhängig von den Kindern zu leben; eigene Unabhängigkeit bewahren
- Kinder sollten selbstständig sein; man will ihnen nicht zur Last fallen

Diagramm 3: Anzahl der Kinder



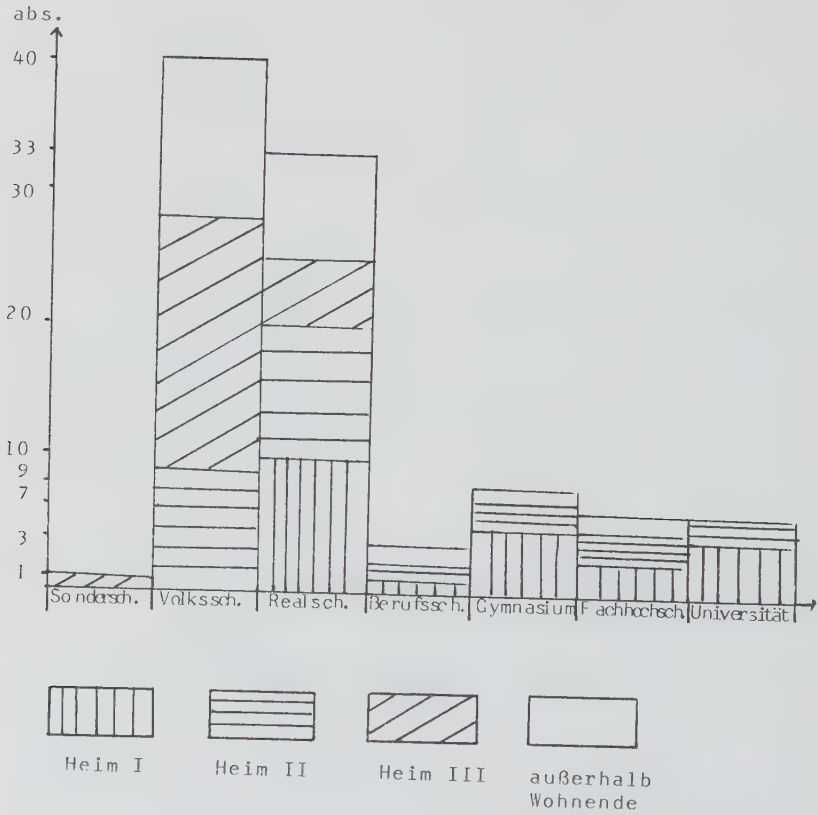
Abschließend kann mit Lingesleben (1968) gesagt werden: „Die Lebenssituation älterer Menschen hängt nicht allein von ihrem Sozialstatus ab, der durch die schichtungs-spezifischen Merkmale wie Beruf, Einkommen und Schulbildung geprägt wird. Geschlecht, Lebensalter und Familienstand beeinflussen viel mehr auch entscheidend Einstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen älterer Menschen mit. Dabei handelt es sich beim Alter und Geschlecht um Merkmale des zugewiesenen Status, also Eigenschaften, die das Individuum in seiner gesellschaftlichen Position gewissermaßen von Geburt an festlegen. Bei dem Merkmal Familienstand handelt es sich dagegen um ein Merkmal des erworbenen Status, der durch ganz spezifische Leistungen erreicht wird. Alle drei Merkmale - Geschlecht, Alter und Familienstand - zusammen, in ihren verschiedenen Kombinationen, sind mitbestimmend für den Komplex von Rollen, den das Individuum in einem Gesellschaftssystem übernimmt.“

4.2.4 Sozioökonomischer Status

4.2.4.1 Schul- bzw. akademischer Abschluß

Folgende Abbildung 6 gibt einen Überblick über die Schulbildung beziehungsweise den akademischen Abschluß der befragten Senioren.

Abb. 6: Schulabschluß bzw. akademische Laufbahn



40% der Befragten haben nach Abb. 6 Volksschulabschluß. Die 40 Personen verteilen sich auf die Heime II, III und die außerhalb Wohnenden. Den anteilmäßig größten Teil von Volksschülern weist mit 19 Personen Heim III auf, während in Heim I niemand diesen Schulabschluß hat.

In Heim III leben die wenigsten Realschüler (5). Acht Personen der außerhalb Wohnenden und jeweils 10 in Heim I und Heim II haben Realschulabschluß.

Insgesamt 3 Personen besuchten eine berufsbildende Schule.

Neun Probanden, davon 6 in Heim I, besuchten ein Gymnasium.

Von den 14 Fachhochschul- und Universitätsabsolventen des Sample befinden sich allein 8 in Heim I. Jeweils 3 wohnen in Heim II und außerhalb.

Die Schulbildung ist eine zentrale Variable bei der Beurteilung des sozioökonomischen Status. Je besser die Ausbildung, desto qualifizierter ist der Beruf und umso höher ist in der Regel das Einkommen und damit die wirtschaftliche Absicherung im Alter. Schulbildung und Intelligenz sind eng miteinander verbunden. Stern (1911) hat die Intelligenz als zweckmäßige Verwendung der Denkmittel im Dienste der Anpassung an neue Aufgaben und Bedingungen des Lebens definiert. Nach dieser Definition ist es wahrscheinlich, daß Menschen mit höherer Schulbildung neue Lebensumstände im Sinne der „developmental task“ besser bewältigen. Eine solche Aufgabe ist z.B. der Umzug ins Altersheim.

Nach Thomae (1973) ist die Schulbildung nicht nur für die geistige Leistungsfähigkeit sondern auch für die Persönlichkeit insgesamt von Belang. Die Auswirkungen der Schulbildung bleiben bis ins hohe Alter von Bedeutung und korrelieren, wie ausgeführt, mit anderen Faktoren wie Beruf und Einkommen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Intelligenz, Lebenszufriedenheit, Extraversion und Offenheit (beide nach FPI-K) der befragten Volksschüler. Heimunterschiede wurden nicht berücksichtigt.

Tabelle 8 zeigt die gleichen Parameter wie Tabelle 7 bei den befragten Gymnasiasten, Fachhochschülern und Universitätsabsolventen.

Tab. 7A: VOLKSSCHÜLER: Intelligenz, Lebenszufriedenheit (LZ)

Anzahl	LZ	IQ
40	53%	
3		> 110
4		< 90
33		90-110

Tab. 7B: VOLKSSCHÜLER: Extraversion, Introversion

	Extraversion	Introversion	Keine Aussage mögl.
Anzahl	12	11	17
	offen	geschlossen	Keine Aussage mögl.
Anzahl	12	4	24

Tab. 8A: GYMNASIASTEN/HOCHSCHÜLER: Intelligenz, Lebenszufriedenheit (LZ)

Anzahl	LZ	IQ
23	68%	
22		> 110
1		90-110
0		< 90

Tab. 8B: GYMNASIASTEN/HOCHSCHÜLER: Extraversion, Introversion

	Extraversion	Introversion	keine Aussage mögl.
Anzahl	10	4	9
	offen	verschlossen	keine Aussage mögl.
Anzahl	7	7	9

Wie aus der Gegenüberstellung der beiden Tabellen hervorgeht, liegt die Lebenszufriedenheit der Gymnasiasten und höhere Abschlüsse um 15 Prozent über der der Volksschüler.

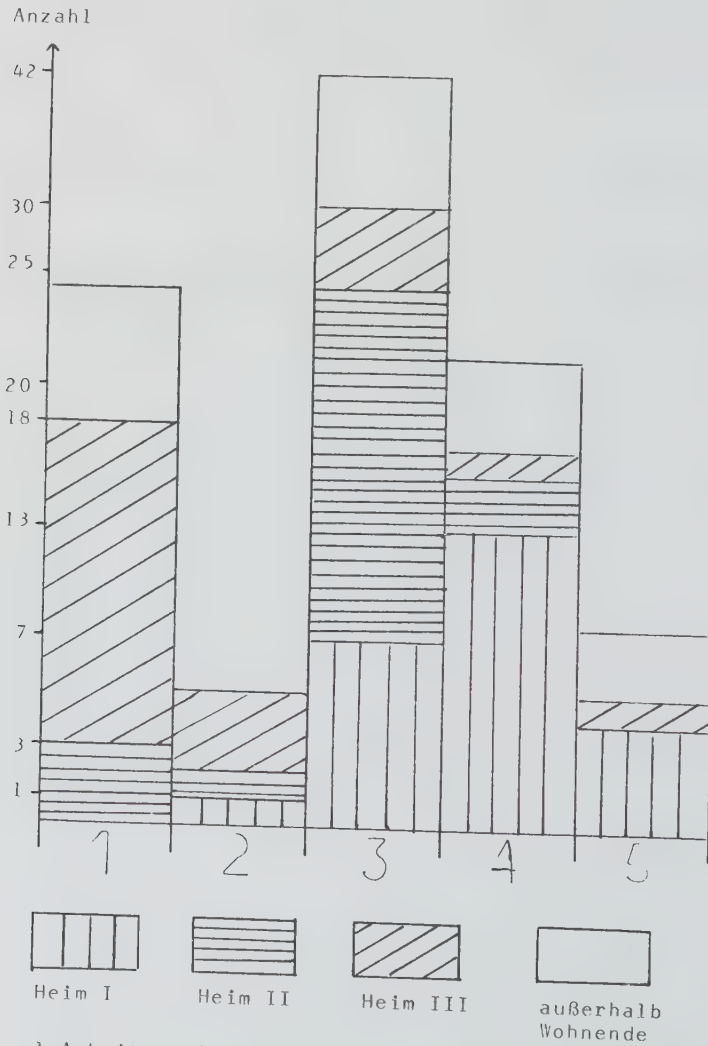
Von 23 Personen mit höherer Schulbildung haben 22 einen IQ größer als 110 während von den 40 befragten Volksschülern nur 3 diesen Wert aufweisen. Fast die Hälfte der Gymnasiasten sind extravertiert. Sieben bezeichnen sich als selbstkritisch und offen. Knapp ein Drittel der Volksschüler schätzt sich selbst extravertiert ein. Zwölf Personen glauben von sich offen und selbstkritisch zu sein. Elf Senioren haben den Eindruck, daß sie introvertiert sind und nur vier bezeichnen sich als verschlossen. Es konnte belegt werden, daß die im Alltag nötigen Leistungen und die „soziale Funktionstüchtigkeit“ bei guter Begabung, guter Gesundheit und durch intellektuelle Anregung des Berufes viel länger erhalten bleiben, als es das Defizitmodell propaqiert (Arbeitsgruppe Alternsforschung, Bonn 1971).

Angefügt sei noch, daß es sich bei dem Intelligenztest um einen Test handelt, der auf das sprachliche Verständnis aufbaut. Dies bleibt beim alten Menschen länger auf dem Niveau Jüngerer als andere Testleistungen (Arbeitsgruppe Altersforschung, Bonn 1971).

4.2.4.2 Berufstätigkeit

Die Auswirkungen der Berufstätigkeit auf das Alter sind bei dieser Untersuchung schwierig zu beurteilen. 80% der Befragten sind Frauen, die zu einem Großteil verwitwet sind. Im Falle der Verwitwung wurde der Beruf des verstorbenen Ehemannes zugrunde gelegt.

Abb. 6: Verteilung der Berufstätigkeit



1=Arbeiter, 2=Facharbeiter, 3=Angestellter/Beamter
4=leitender Angestellter/ höherer Beamter,
5=Selbstständiger/Landwirt

Der überwiegende Anteil der Senioren sind Angestellte, Beamte oder Witwen derselben. Unter dem Begriff Beamter sind die einfache und mittlere Beamtenlaufbahn zusammengefaßt. 24 Personen sind Arbeiter oder Witwen von Arbeitern. Die Zahl der leitenden Angestellten und höheren Beamten ist mit 21 fast so hoch wie die der Arbeiter.

Die Berufstätigkeit als abhängige Variable der Schulbildung ist zur Festlegung des sozioökonomischen Status für das Individuum in der Gesellschaft von großer Bedeutung. Dahrendorf (1956) drückt dies so aus: „Wo einer in der Gesellschaft „steht“, welches Prestige er genießt, wer sich mit ihm und mit wem er sich assoziiert, zu wem er oder wer zu ihm hinauf oder hinabblickt, ist vorwiegend durch seinen Beruf bestimmt. Auf Grund ihres Berufes werden Menschen eingeordnet.“

Der Beruf ist eine Funktion der Arbeitswelt, in der er ausgeübt wird. Diese Arbeitswelt hat sich in den letzten hundert Jahren stark verändert. Während in der vorindustriellen Phase die landwirtschaftliche Tätigkeit ganz im Vordergrund stand, war es im industriellen Zeitalter die Fabrikarbeit des Lohnarbeiters. Heute, im Zeitalter der Rationalisation und Automation beherrscht das Fließband den Menschen, der es mit einfachen Handbewegungen bedient. Aus dieser Situation heraus hat sich das Berufsbild gewandelt.

Nach Goertsches (1975) unterscheidet man zwei Gruppen in der modernen Arbeitswelt. Die Angehörigen der ersten Gruppe sind hochqualifizierte Spezialisten, die ihre Tätigkeit nicht routinemäßig ausüben können. Es sind die geistig Tätigen, die die Rahmenbedingungen der heutigen Arbeitswelt festlegen. Zur zweiten Gruppe gehören die Menschen, die die festgelegte Produktionsweise ausführen. Als Weisungsempfänger sind sie dem Rhythmus der Produktion unterworfen. Sie entscheiden

nicht mehr, was wie gefertigt wird. „Die Mitglieder der zweiten Gruppe haben in erster Linie ausführende Tätigkeiten zu erfüllen, wie beispielsweise Überwachungsaufgaben bei automatisierten Arbeitsprozessen, leichte Montagearbeiten am Fließband oder weisungsgebundene Verwaltungsaufgaben u.a.m.“ (Goertsches, 1975).

Die Unterschiedlichkeit der beiden Berufsgruppen stellt unterschiedliche Anforderungen an die Persönlichkeit des Berufsinhabers. „Der bevorzugte Persönlichkeitstyp hängt bis zu einem bestimmten Grad von dem Berufszweig ab, in dem ein Mensch arbeiten möchte. Der Börsenmakler, der Verkäufer, die Sekretärin, der Bahnbeamte, der Universitätsprofessor und der Hotelmanager - sie alle müssen einer je verschiedenen Art von Persönlichkeit entsprechen, die ungeachtet aller Unterschiede eine Bedingung erfüllen muß: Sie muß gefragt sein“ (Fromm, 1976).

Der gefragte Persönlichkeitstyp paßt in den „Marketing-Charakter“ unserer Zeit. Fromm (1976) beschreibt diesen Typus folgendermaßen: „Obwohl das Verhältnis von beruflichen und menschlichen Qualitäten einerseits und der Persönlichkeit andererseits als Voraussetzung des Erfolges schwankt, spielt der Faktor „Persönlichkeit“ immer eine maßgebliche Rolle. Der Erfolg hängt weitgehend davon ab, wie gut sich ein Mensch auf dem Markt verkauft, ob er „gewinnt“, wie anziehend seine „Verpackung“ ist, ob er „heiter“, „solide“, „aggressiv“, „zuverlässig“ und „ehrgeizig“ ist, aus welchem Milieu er stammt, welchem Klub er angehört, und ob er die „richtigen“ Leute kennt.“

„Um Erfolg zu haben, muß man imstande sein, in der Konkurrenz mit vielen anderen seine Persönlichkeit vorteilhaft präsentieren zu können. Das oberste Ziel des Marketing-Charakters ist die vollständige Anpassung, um unter allen Bedingungen des Persönlichkeitsmarktes begehrenswert zu sein.“

Nach Goertsches (1975) ist die Berufswelt ein entscheidender Faktorenkomplex, nicht der alleinige, nach der, der aus dem Berufsleben ausscheidende Mensch sein Leben einrichtet. Das heißt, jeder wird mit den Fähigkeiten, die er durch seinen Beruf erworben oder erweitert hat, versuchen mit der neuen Situation fertig zu werden. Amerikanische Untersuchungen konnten zeigen, daß bei Berufsgruppen mit hohem sozioökonomischem Status die Pensionierung wesentlich konfliktloser verläuft als bei weniger Privilegierten (Gernant, 1972).

Bei dieser Untersuchung besteht allerdings kein Unterschied in Bezug auf die Lebenszufriedenheit zwischen den Angehörigen der höchsten Berufsgruppe (leitende Angestellte und höhere Beamte) und den Angestellten und Beamten der mittleren Laufbahn. Beide Gruppen erreichen auf der Lebenszufriedenheitsskala 67%. Unterschiede zwischen den Heimen sind wegen der geringen Anzahl nicht verwertbar.

4.2.4.3 Monatliche Bezüge

Unter dem Begriff monatliche Bezüge werden bei dieser Untersuchung die gesamten monatlichen Einkünfte der Senioren ²² zusammengefaßt. Es fallen darunter sowohl die Rente als auch die Pension und, wenn vorhanden, Einkünfte aus Haus und Grundbesitz, Mieten, Kapitalanlagen und Sonstigem.

Diagramm 4: Verteilung der monatlichen Bezüge

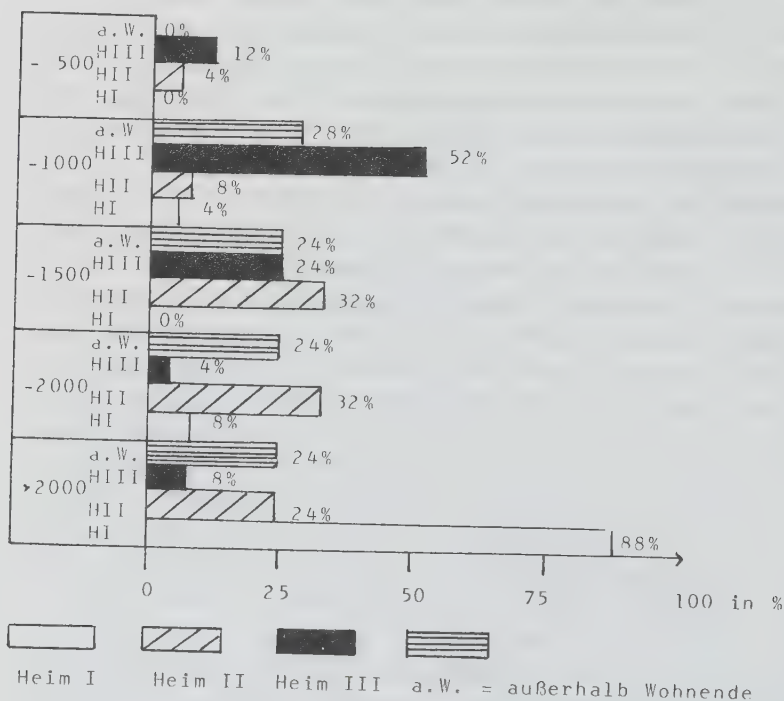


Diagramm 4 zeigt, daß die Einkünfte in Heim I bei weitem am höchsten sind. 88% der Heimbewohner haben monatliche Bezüge über 2000 DM. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Schulbildung und dem ausgeübten Beruf. In Heim III ist die Rente am niedrigsten. 52% der Bewohner beziehen weniger als 1000 DM und 12% sogar unter 500 DM. Die außerhalb Lebenden sind über die Skala gut verteilt. 28% haben eine Rente bis 1000 DM und jeweils 24% bis 1500 DM, bis 2000 DM und über 2000 DM. Der Schwerpunkt des monatlichen Einkommens in Heim II liegt zwischen 1000 DM und 2000 DM. 64% der Personen fallen unter diese Gruppe.

4.2.5 Pensionierung

Tab. 9: Zeitpunkt der Pensionierung

	vor 1971	72-1976	77-1981	
$\sum^1$	69	23	8	100

¹Prozentzahlen und absolute Zahlen sind identisch

Die Meinungen über die Auswirkungen der Pensionierung sind geteilt. Während von einigen Wissenschaftlern (z.B. Tartler) hauptsächlich die negativen Momente in den Vordergrund gestellt werden, sehen andere eher die Vorzüge der Pensionierung (z.B. Stern). Als schlimmste Konsequenz

beschrieb Jores (1959) den Pensionierungstod. Er untersuchte hierfür die Sterblichkeit von Hamburger Beamten innerhalb der ersten 5 Jahre nach der Pensionierung. Jores stellte fest: „Je stärker die Verbeamtung im üblichen Sinne des Wortes ist, desto stärker ist der Pensionierungstod nachweisbar.“ Dies gilt allerdings nur für die Beamten, deren ausschließlicher Lebensinhalt ihr Beamtentum war. Umgekehrt war die Situation bei Beamten, die ein Hobby betrieben. Sie empfanden die Pensionierung als Erleichterung um sich ganz ihrer Lieblingsbeschäftigung widmen zu können.

Unter der Überschrift: „Wer eine Aufgabe hat, lebt länger“ veröffentlichte der Kölner Stadtanzeiger Ergebnisse der Bonner Langzeitstudie über das Alter (1982). In diesem Artikel kommt Lehr zu dem Schluß: „Die Pläne für eine Vorverlegung des Rentenalters, wie sie gegenwärtig im Hinblick auf eine Entlastung des Arbeitsmarktes diskutiert werden, sollten schnellstens aufgegeben werden. Denn der vorzeitige Ruhestand wäre ein Verbrechen an der Mehrzahl der älteren Menschen, für die Arbeit ein wichtiges Lebenselixier ist... Einsamkeit und Langeweile sind tödlich. Wer dagegen körperlich und geistig aktiv bleibt, in die Zukunft plant, Kontakte pflegt und eine Aufgabe hat, lebt länger. Arbeit ist gerade im Alter eine Quelle des Wohlbefindens.“

Diez (1970) bemerkt über die Stellung der Arbeit im Leben des Menschen: „Der Mensch braucht zu seinem Gedeihen die Arbeit. Das Fehlen einer sinnvollen und fruchtbaren Tätigkeit wirkt schädlich auf ihn, denn erst die Arbeit hat den Menschen zu dem gemacht, was er ist. Wird er seiner Arbeit beraubt, so sinkt er durch Abstumpfen von seiner geistigen Höhe herab.“

Birren (1974) berücksichtigt auch die finanzielle Seite der Pensionierung: „Während die Pensionierung für diejenigen mit finanziellen Mitteln eine angenehme Zeit ist,

benötigen die meisten älteren Menschen ein Arbeitseinkommen, um ihren Lebensstandard aufrecht zu erhalten. Hinter vielen negativen Einstellungen gegenüber der Pensionierung steckt wohl ein grundlegendes ökonomisches Motiv." Weiter schreibt er: „Die Philosophie der Arbeit, die unsere Gesellschaft angeblich beherrscht, wurzelt im mittleren Alter und späteren Leben nicht nur in der Gewohnheit, sondern auch in der Bewahrung eines Lebensstandards, der durch ein vermindertes Einkommen bedroht wird."

4.2.6 Wohnverhältnisse

In der Öffentlichkeit existieren oft falsche Vorstellungen über die Zahl der Heimbewohner. In den Jahren 1960 bis 1974 betrug ihre Zahl weniger als 4% der über 65jährigen (Tews, 1979).

Bei vielen alternden Menschen verbindet sich mit dem Wort Altersheim die Angst, durch eine Institutionalisierung für den Rest des Lebens in völlige Abhängigkeit zu geraten. Diese Furcht bezieht sich nicht nur auf die hohen Kosten, die ein Heimaufenthalt mit sich bringt, sondern man glaubt auch, daß vorhandene soziale Kontakte verloren gehen. Einen weiteren Grund für die Furcht vor einem Heimaufenthalt kann man auch in einem Informationsdefizit über eben solche Heime sehen. Viele alte Menschen wissen nicht, daß es verschiedene Formen der sogenannten „geschlossenen Altenhilfe" gibt. Tews (1979) unterscheidet:

- 1.) Altenwohnheime : Die Senioren wohnen in abgeschlossenen Appartements. Sie führen ihren Haushalt selbst, können aber bestimmte Hilfs-

einrichtungen wie Reinigungsdienste, Mahlzeitendienst etc. in Anspruch nehmen.

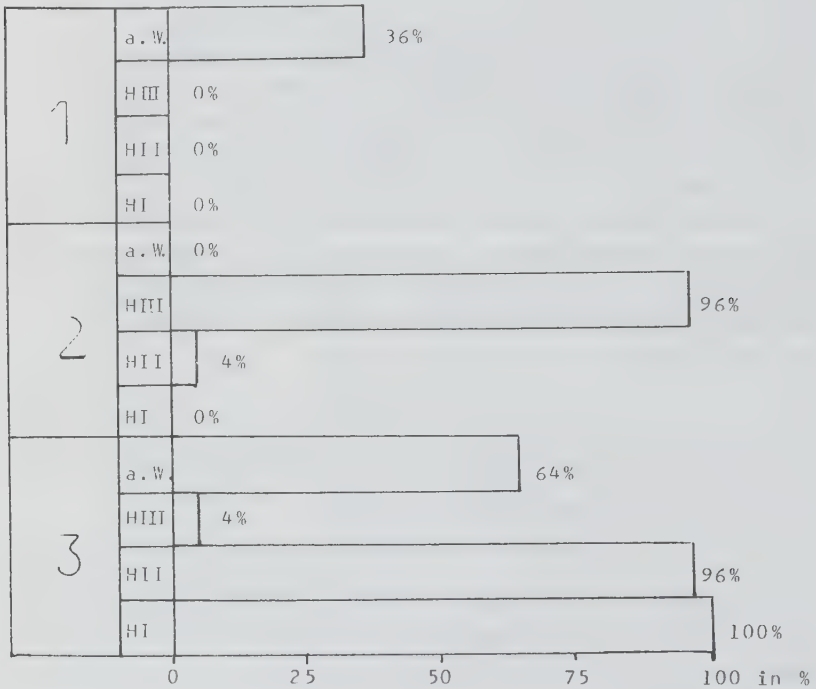
- 2.) Altenheime : Die Bewohner leben in 1-2 Bett Zimmern. Selbstständige Haushaltsführung ist nicht möglich. Die Versorgung wie Zimmerreinigung, Mahlzeiten etc. ist umfassend.
- 3.) Pflegeheime : Aufgenommen werden nur hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen. Umfassende Versorgung, die auch die medizinische Betreuung mit einschließt. Meist an ein Altersheim oder Wohnheim angeschlossen.
- 4.) Altenkrankenheim: Krankenhausähnliche Unterbringung für chronisch Kranke wie im Pflegeheim. Auf Therapie und Rehabilitation wird verstärkt Wert gelegt.
- 5.) Altentagesstätte: Die Zielgruppe sind Bejahrte ohne familiäre Bindungen. Man bietet Hilfen zur Beschäftigung und Veranstaltungen. Die Benutzer der Einrichtungen sind weitgehend selbstständig.

Diese Zusammenstellung zeigt, daß es möglich ist ein Heim zu finden, das auf die individuelle Lage der Bejahrten eingerichtet ist.

Der Eintritt ins Heim bringt erhebliche finanzielle Einbußen mit sich. So bleiben doch die Altenwohnheime in der Mehrzahl nur einem kleinen, finanzkräftigen Teil der alten Menschen vorbehalten. Auch die Finanzierung eines Altenheimaufenthaltes verlangt große materielle Opfer. In

vielen Fällen reicht die Rente nicht aus und der alte Mensch muß auf Ersparnisse zurückgreifen oder ist auf die Unterstützung der Kinder angewiesen. Viele Bejahrte können sich auch nicht damit abfinden, daß sie durch den Heimaufenthalt zu Sozialhilfeempfängern werden. Sie betrachten das ihnen zustehende Geld als Almosen und empfinden diesen Zustand sehr bedrückend. Vielfach wird als Argument gegen den Heimaufenthalt die Lockerung der sozialen Kontakte angeführt. Dies mag für einen Teil der Heimbewohner zutreffen, muß aber nicht zwangsläufig so sein. Ein Großteil der für diese Untersuchung Befragten erklärte noch regelmäßigen Kontakt zu Familienangehörigen, Freunden oder früheren Nachbarn zu haben, soweit diese in der Nähe wohnen.

Diagramm 5: Wohnverhältnisse



a.W. = außerhalb Wohnende

Die Heim I und II sind Altenwohnheime.

Heim III ist ein Altenheim.

1 = Eigentumswohnung oder eigenes Haus

2 = gemietetes Zimmer

3 = gemietete Wohnung

Tab. 10: Heimaufenthalt in Jahren

Jahrgang	1-3 Jahre			4-7 Jahre			7-10 Jahre			über 10 Jahre			Σ
	HI	HII	HIII	HI	HII	HIII	HI	HII	HIII	HI	HII	HIII	
1903	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
1904	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
1905	-	6	1	2	-	3	1	-	1	-	-	-	14
1906	4	4	3	-	-	-	-	-	-	3	-	-	14
1907	-	2	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1	6
1908	1	3	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8
1909	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
1910	-	3	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7
1911	2	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	6
1912	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
1913	1	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	4
1914	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1915	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Σ	12	25	15	7	0	7	3	0	1	3	0	2	75

Heim II besteht erst seit zwei Jahren. Deshalb sind keine längeren Heimaufenthalte möglich.

Wie aus Tabelle 10 hervorgeht wohnen die meisten Senioren erst bis zu drei Jahren im Heim. Über zehn Jahre leben von 75 Personen fünf in einer Institution der geschlossenen Altenhilfe.

Tabelle 11 zeigt die Lebenszufriedenheit der alten Menschen, die bis zu drei Jahre im Heim wohnen. Man erkennt den deutlichen Unterschied zwischen den Altenwohnheimen und dem Altersheim.

Gruppe	Anzahl	Lebenszufriedenheit
Heim I	12	76%
Heim II	25	62%
Heim III	15	45%

Tabelle 12 gibt die Lebenszufriedenheit derer wieder, die über vier Jahre im Heim leben. Die Lebenszufriedenheit unterscheidet sich nicht wesentlich von der in Tabelle 11. Auch hier ist der Unterschied zwischen den Heimformen ausgeprägt. Heim II konnte nicht berücksichtigt werden, da es erst vor zwei Jahren erbaut worden ist.

Tabelle 12: Lebenszufriedenheit der Heimbewohner, die
4-15 Jahre im Heim leben

Gruppe	Anzahl	Lebenszufriedenheit
Heim I	13	71%
Heim II	entfällt	
Heim III	10	53%

Die Wohnung gewinnt beim alten Menschen einen zentralen Stellenwert. Thieding (1965) schreibt: „In keiner Lebensphase ist die Wohnungsfrage so wichtig für das Wohlbefinden, für die Gesundheit und Lebensfreude, wie im Alter.“ Entsprechend problematisch ist demnach ein Wohnungswechsel. Die Altenhilfe Stuttgart (1972) charakterisiert die Situation so: „Wer dreißig und mehr Jahre seines Lebens in einer Wohnung zugebracht hat, der verbindet mehr mit ihr als nur ein Dach über dem Kopf. Für ihn ist der Verlust der Wohnung und der Umzug in eine neue Wohnwelt gleichbedeutend mit dem Abreißen eines dichten Kontaktnetzes und vielfältigen Geflechts sozialer Beziehungen, das im Alter nur schwer erneuert werden kann.“

Was veranlaßt nun den alten Menschen dazu seine Wohnung zu wechseln und ins Altenheim überzusiedeln?

Nach Tews (1979) nennt etwa die Hälfte der Befragten den schlechten Gesundheitszustand als Grund. Krankheit und Behinderung machen eine Pflege im Heim erforderlich.

Häufig kommt der Tod des Ehepartners und fehlende Hilfsmöglichkeiten der Kinder hinzu. Lohmann (1970) nennt als weiteren Grund Wohnungsschwierigkeiten. Die Wohnungen der Senioren befinden sich häufig in schlechtem Zustand; sie sind zu klein oder mangelhaft ausgestattet. Einen Wohnungswechsel um der Einsamkeit und Isolation zu entgehen beschreibt Fischer (1974). Steigende Mieten und fehlende finanzielle Mittel begünstigen ebenso den Entschluß in ein Heim überzusiedeln, wie der Wunsch nach einer umfassenden Versorgung im Falle der Verwitwung (Tews, 1979).

Da den Heimen in breiten Schichten der Öffentlichkeit ein sehr negatives Image anhängt, wird der alte Mensch versuchen den Heimübertritt so lange wie möglich hinauszuschieben. Kommt es dennoch zum Wechsel in ein Altenheim, muß sich der Bejahrte in seine neue Umgebung eingewöhnen. Nach Fisseni (1974) ist „insgesamt die Erinnerung an die Eingewöhnungsphase im Wohnheim freundlicher getönt als im Alten- und Pflegeheim“.

Die Frage der Institutionalisierungseffekte muß nach Meinung von Lehr (1977) vorsichtig beurteilt werden. Als Auswirkungen könnte man beschreiben, daß „weniger das Ausmaß der Sozialkontakte, bzw. die erfahrene emotionale Zuwendung das Erleben und Verhalten der Heimbewohner bestimmt, als vielmehr das Ausmaß der gebotenen Anregung, der Vielfalt sensorischer Reize und der möglichen Abwechslung innerhalb eines Heimes“ (Weinstock u. Bernett, 1968/69). Als weitere Auswirkungen führt Lehr die sensorische Deprivation an, die mit „Unzufriedenheit, negativer Stimmungslage, Depression, dem Gefühl der Sinnlosigkeit, äußerst geringer Zukunftsorientierung, geringer Anregbarkeit und Desinteresse am Tagesgeschehen einhergeht und so das Bild des „Altersabbau“ bietet“. Die Institutionalisierungseffekte sind dort am niedrigsten, wo die Reizzufuhr am

stärksten ist. Auch Kleemeier (1964) hebt die Bedeutung der Stimulation durch die Umgebung zur Aufrechterhaltung von Aktivität hervor. Stimulation der verschiedensten Arten sind in Heim I gegeben. Mehrere fremdsprachige Konversationszirkel bieten dem daran interessierten die Möglichkeit, seine Sprachkenntnisse zu vertiefen. Das hauseigene Schwimmbad über Gymnastikräume bis hin zu Schach und Kartenclubs gestatten eine breitgefächerte sportliche Betätigung. Kulturelle und wissenschaftliche Vorträge, häufig von den Heimbewohnern selbst vorbereitet, wenden sich an interessierte Mitbewohner. Zuletzt sei noch das im Hause befindliche Café genannt, das ein beliebter Treffpunkt der Heimbewohner ist. Möglichkeiten dieser Art fehlen in Heim III völlig. Blau (1961) weist darauf hin, daß die Homogenität der Bewohner ebenfalls zur Aufrechterhaltung von Aktivität beiträgt.

4.3

Freizeitgestaltung

Der Freizeitbegriff wird nicht einheitlich gebraucht. Für Weber (1963) ist „Freizeit der Inbegriff derjenigen Zeitspannen eines individuellen Lebenslaufes, in denen sich die Person frei von Fremdbestimmung - vor allem in Form der Erwerbsarbeit - erlebt und dadurch frei wird für die sinnvolle Erfüllung dieser Zeiten, sodaß eine wahrhaft menschliche Lebensführung möglich wird“.

Reigrotzki (1956) lehnt eine Definition ab. Er ist der Meinung, „daß doch wohl jeder weiß, was Freizeit ist. Fromm (1976) schreibt zur Freizeit: „Durch die Maschine ist die Zeit zur Beherrscherin des Menschen geworden. Nur in seiner Freizeit scheint der Mensch eine gewisse Wahl zu haben. Doch gewöhnlich organisiert er seine Freizeit genauso wie seine Arbeit; oder er rebelliert gegen den Tyrannen Zeit durch völlige Faulheit, in dem er nichts anderes tut als die Forderungen der Zeit zu mißachten und die Illusion von Freiheit zu nähren, während er in Wirklichkeit nur für einen Sonntag dem Zeitgefängnis entronnen ist.“

Tartler (1964) weist darauf hin, daß der Freizeitbegriff im Alter nicht angebracht ist. Er schreibt: „Da jedoch sowohl der Begriff als auch das Lebensarrangement der Freizeit „das Produkt der die industrielle Gesellschaft konstituierenden Trennung von Arbeitsraum und Heim der Familie“ (Schelsky, 1957) ist, es sich also um die von der reglementierten Arbeit nicht betroffene, der individuellen Verwendung zur Verfügung stehende Zeit handelt, ist Freizeit ein Komplementärbegriff zur Arbeitszeit. Folglich kann es für den alten, berufsausgegliederten Menschen keine Freizeit und keine der normalen Freizeit zugehörenden Freizeitproblematik geben. Vielmehr handelt es sich bei ihm, ganz gleich in

welcher Art und mit welcher Intensität er sich jeweils beschäftigt, nicht mehr um eine Verwendung von Freizeit als einem berufskomplementären partiellen Beschäftigungsfeld, sondern um eine Lebensführung ohne Beruf."

Die Freizeitaktivität der alten Menschen ist nicht einfach zu ermitteln. Blücher (1956) stellt fest, daß man sich „beständig den Unterschied zwischen Einstellung und Tatsachen vor Augen halten muß. will man nicht Gefahr laufen, Antworten zu erhalten, die Meinungen und Einstellungen wiedergeben, während man nach Tatsachen forscht und umkehrt".

Abb. 8: Freizeitgestaltung



1 = Gartenarbeit, 2 = Spazieren gehen, 3 = Besuche machen/empfangen, 4 = Radio hören
 5 = Fernsehen, 6 = Hobby, 7 = aus d. Fenster schauen, 8 = lesen, 9 = Kultur,
 10 = Besuch von Altdenks

Man erkennt den hohen Anteil eher passiver Freizeitbeschäftigungen in Heim III. 76% der Befragten verbringen große Teile ihrer freien Zeit mit Fernsehen. Genauso viele beschäftigen sich in Heim I mit einem Hobby. Hohes Bildungsniveau und Einkommen ermöglichen also eher die Beschäftigung mit in der Öffentlichkeit höher geschätzten Tätigkeiten, als niedriges Bildungsniveau und geringes Einkommen. Berücksichtigt man die hohe Lebenszufriedenheit der Heimbewohner von Heim I, so kann gesagt werden, daß mit einer höheren Aktivität im Freizeitbereich eine höhere Lebenszufriedenheit einhergeht. Umgekehrt verhält sich der Sachverhalt in Heim III. Die zweitgrößte Gruppe derer, die sich mit einem Hobby beschäftigen, machen die außerhalb Wohnenden aus. 60% von ihnen geben an, ein Hobby zu haben. Die Freude am Lesen ist in Heim I am größten. 80% lesen täglich. Der beliebteste Lesestoff ist die Tageszeitung, gefolgt von anspruchsvoller Belletristik und Sachbüchern der verschiedensten Gebiete. Auch in Heim III ist die Zeitung der beliebteste Lesestoff, gefolgt von Illustrierten. Das Spazierengehen erfreut sich in Heim II der größten Beliebtheit. 44% der Bewohner gehen häufig spazieren. Die folgende Tabelle gibt nach Häufigkeit geordnet die Freizeitaktivität wieder.

Tab. 13: Häufigkeit der Freizeitaktivität

Beschäftigung	Nennungen in Prozent
Hobby	56
Lesen	47
Fernsehen	45
Spaziergehen	34
kulturelle Interessen	26
Altenclub	16
Radio hören	11
Besuche machen/empfangen	9
Gartenarbeit	7
aus dem Fenster schauen	4

Zur Gegenüberstellung zeigt folgende Tabelle 14 die Rangreihe von häufig ausgeübten Freizeitbeschäftigungen nach Schmitz-Scherzer (1969).

Tab. 14: Rangreihe von häufig ausgeübter Freizeitaktivität
nach Schmitz-Scherzer (1969)

Beschäftigung	Nennungen in Prozent
Zeitung lesen	73
Spazierengehen	55
Radio	54
Kontakte mit Bekannten	48
Kontakte mit Freunden	47
Gartenarbeit	35
Kontakte mit Nachbarn	34
Besuche machen	32
Fernsehen	31
Illustrierte lesen	23
Besuche empfangen	22
Besuch von Gaststätten	19
Theaterbesuche	10
Konzertbesuche	9
Kinobesuche	4

Die hohe Zahl der Nennungen unterstreicht das Interesse der Senioren an den Massenmedien. Tews (1979) führt als Gründe hierfür an: Gesundheitszustand, der sein Ausgehen einschränkt, Tod von Bezugspersonen mit denen man sonst zusammen sein könnte und verringerte Kontakte zu Bekannten.

56% der alten Menschen gaben an, Hobbies zu betreiben. Nach Tews (1979) werden Hobbies in der Freizeit „nicht nur von der Bevölkerung als besonders geschätzte Tätigkeiten angesehen, sie gehören auch zu den am häufigsten ausgeübten Verhaltensweisen in der freien Zeit“.

Lehr (1977) weist darauf hin, daß die „Weckung bisher (gemeint ist der Zeitpunkt bis zur Pensionierung) nicht vorhandener bzw. ausgeübter Freizeitinteressen nicht immer positiv beurteilt werden kann“.

26% der Befragten gehen kulturellen Interessen nach (Konzerte, Theater, Literatur etc.). Tews (1979) sieht hierin Ansprüche bildungsbürgerlicher Tradition, denen tatsächliches Freizeitverhalten gegenübersteht. Tews: „So kann man Dinge fordern, die bei bestehendem Bildungsniveau und bestehenden Einkommenverhältnissen nicht realisierbar sind. Man kann schwerlich im Alter Formen der „Kreativität“ z.B. bei der Unterschicht verlangen, wenn Interessen und Fähigkeiten für jene Dinge nicht ausgebildet wurden.“

Zusammenfassend kann gesagt werden, „daß die Aktivität im Freizeitbereich und die Zufriedenheit mit der Freizeitbeschäftigung desto größer sind, je größer die Aktivität im Verhalten erscheint“ (Schmitz-Scherzer, 1969).

4.4

Krankheit und Gesundheit im Alter

Die **Bedeutung** der Gesundheit im Leben des alten Menschen kennzeichnet Bungard (1974) folgendermaßen: „Als eine der wichtigen Variablen hat sich in den bisherigen gerontologischen Studien immer wieder der Gesundheitszustand des alten Menschen erwiesen. Es gibt offenbar kaum einen anderen Faktor, der in so entscheidender Weise die Verhaltensweisen und Einstellungen beeinflussen kann.“

Auf der anderen Seite ist das Alter häufig vom Verlust der Gesundheit gekennzeichnet. Durch die gerontologische Grundlagenforschung konnte zwar widerlegt werden, daß Alter gleich Krankheit ist, aber es kann zu vielen Krankheiten führen (Verzár, 1975). Schubert (1966) umschreibt diesen Sachverhalt mit dem Begriff „Multi-morbidität im Alter“.

Die Gründe für dieses erhöhte Erkrankungsrisiko sind mannigfaltig. Neben biologischen Faktoren spielen psychologische und soziologische Momente eine Rolle. Böhlau (1982) nennt die verminderte Adaption ein Grundphänomen des Alters. Sie beruht „auf morphologischen und funktionellen Veränderungen verschiedener Organe und Organsysteme. Im Laufe des Lebens nehmen z.B. Hirngewicht, Lebergewicht, Nierengewicht und Eiweißgehalt des Blutes meßbar ab“ (Böhlau, 1982). Von Bürger (1960) stammt der Begriff der „Physiosklerose“, die für den allgemeinen Leistungsdefizit verantwortlich ist.

Platt (1981) referiert in einem Übersichtsaufsatz Arbeiten von Burnet, Makinodan und Walford, nach denen das Immunsystem maßgeblich am Alterungsprozeß beteiligt ist. Störungen des DNA-Reperaturmechanismus werden von Strehler und Johnson ange-

nommen. Platt betont die Bedeutung der Erbanlage für den Ablauf des Alterungsmechanismus.

Stosberg (1977) nennt als psychosoziale Belastungen, die das Erkrankungsrisiko des alten Menschen erhöhen, den Statusverlust der Befahrten. „Die hieraus resultierende Beeinträchtigung des Wohlbefindens und die damit verbundene Erhöhung des Krankheitsrisikos werden häufig noch verstärkt durch eine ungenügende psychische und soziale Vorbereitung auf diesen Zeitpunkt des Eintritts in die Renten- bzw. Pensionsphase..." (Stosberg, 1977).

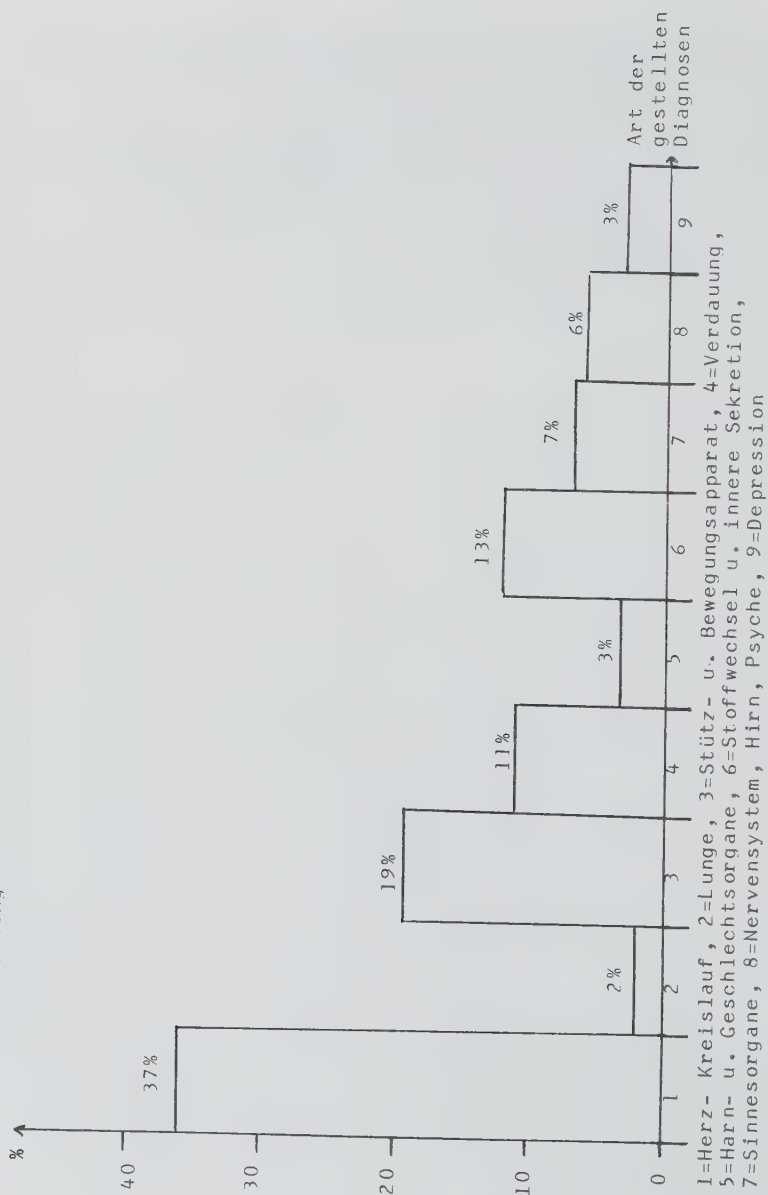
Bungard (1974) betont ebenfalls das soziale Umfeld für den Stellenwert, den das Individuum der Gesundheit einräumt. Er konnte dies für allein lebende alte Menschen nachweisen.

Fromm (1976) sieht im Besitzgefühl einen der Gründe, warum Gesundheit und Krankheit eine so zentrale Bedeutung im Leben des alten Menschen haben. „Abgesehen von Menschen gibt es eine endlose Reihe von Dingen und sogar Gefühlen, die als Eigentum erlebt werden, zum Beispiel Gesundheit und Krankheit. Leute, die über ihre Gesundheit sprechen, tun es im Gefühl des Besitzens, sie sprechen von ihren Krankheiten, ihren Operationen, ihren Behandlungen, ihrer Diät, ihren Medikamenten. Es ist eindeutig, daß Gesundheit und Krankheit als Besitz empfunden werden, und selbst mangelnde Gesundheit zählt ebenso zum Besitzstand wie die Aktien des Auktionärs, die einen Teil ihres Nominalwertes eingebüßt haben" (Fromm, 1976).

Lungershausen (1973) äußert sich ebenfalls in diesem Sinn. Er sieht in einem auf Besitz, Leistung und Gesundheit ausgerichteten Leben des Menschen den Grund für den Inhaltswandel von depressiven Angstzuständen.

Die Ermittlung des Gesundheitszustandes gestaltet sich schwierig. Die Wahl der Methode, Fremdeinschätzung oder Selbsteinschätzung, bestimmt das Ergebnis mit. „Ein Ergebnis der verschiedenen Untersuchungen ist die Feststellung einer Divergenz zwischen medizinischer Beurteilung des Gesundheitszustandes und objektiver Beurteilung“ (Lehr, 1977).

Abb. 8: Häufigkeit der Diagnosen in den verschiedenen Organsystemen bei dieser Untersuchung



Zur Gegenüberstellung eine Statistik der Medizinischen
Klinik der Universität Würzburg nach Zapfe (1968).

Tab. 15: Statistik der Universität Würzburg über
Erkrankungen im Alter

Diagnose	Med. Klinik Würzburg Patienten > 65 J. n ≈ 3000
Arteriosklerot. Herz- u. Gefäßkrankheiten	47%
Emphysem u. Bronchitis	16%
Diabetes mellitus	13%
Carcinome	12%
Varia	12%
Σ	100%

In dieser Arbeit sei nur auf die psychiatrisch relevanten Krankheitsbilder, speziell auf die Depression, eingegangen. (Weiteres siehe in der Arbeit von M. Dittert.)

An Hand der Depressionen sind die Wechselwirkungen zwischen Persönlichkeit, sozioökonomischem Status und Krankheit besonders zu verdeutlichen.

Vorweg ein Zitat von Tews (1979), das den Stellenwert psychischer Erkrankungen im Alter charakterisiert.

„Bezogen auf die Epidemiologie gerontopsychiatrischer Erkrankungen sei von den in der Psychiatrie-Enquete genannten Zahlen ausgegangen. Demnach weisen epidemiologische Prävalenzstudien, bezogen auf die Verteilung klinischer Erkrankungen, bei den über 65jährigen etwa die folgende Verteilung: bei rund 25 bis 30% der über 65jährigen finden sich psychische Störungen.

Hierbei muß man jedoch weiter unterscheiden:

- 3 - 4% weisen senile / hirnarteriosklerotische Demenz auf
- 3 - 4% endogene Psychosen, die schon früher erstmals auftraten
- 8 - 15% Neurosen, abnorme Erlebnisreaktionen, Persönlichkeitsstörungen
- 5 - 10% sonstige psychische Störungen, leichte hirnanorganische Störungen, wobei es schwierig ist, den altersbedingten Strukturwandel intellektueller Fähigkeiten zu berücksichtigen."

Wie bei der Besprechung der Syndromspezifischen Selbsteinschätzungs-Skalen erwähnt, handelt es sich bei den Depressionen im Alter meistens um Mischtypen. Diese Mischtypen neigen nach Berner (1974) „zu rasch wechselnden vegetativen Entgleisungen, was zu ihrer Rubrizierung als

vegetative Dystonie unter Verknennung ihrer Endomorphie führen kann". Diese vegetative Symptomatik wird durch die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungsskalen erfaßt.

Die Häufigkeit depressiver Zustandsbilder im Alter ist beachtlich. Eine Untersuchung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien, von Berner durchgeführt in Altersheimen, ergab folgendes Ergebnis: 19,6% von insgesamt 153 Heimsinsassen boten eine depressive Verstimmung. In dem Altersheim dieser Untersuchung sind 18 von 25 Personen fraglich, leicht, mittel oder schwer depressiv. Nur 7 Personen beurteilen sich diesbezüglich beschwerdefrei.

Loewenthal und Berkman (1967) unterstreichen die Bedeutung eines niedrigen sozial-ökonomischen Niveaus, schlechter Wohnbedingungen und mangelhafter sozialer Aktivität als Auslöser von depressiven Krankheitszuständen.

Lungershausen (1973) weist darauf hin, daß sich depressive Wahninhalte wie Schuld und Versündigung zugunsten von Leistung und Gesundheit verändert haben.

4.5 Kriegsauswirkungen auf Verhalten und
Persönlichkeit

Die Beantwortung der letzten Frage des Interviews fiel den Senioren verständlicherweise nicht ganz leicht. Bei vielen Befragten sind die Kriegserlebnisse noch so gegenwärtig, daß die Antworten zum Teil nur unter starker emotioneller Beteiligung gegeben werden konnten. Aber nur vier Personen wollten sich überhaupt nicht äußern. Ähnliche Beobachtungen machte auch Schubert (1960): „Die Beantwortung dieser Fragen (Kriegseinwirkungen) war verständlicherweise nicht ganz leicht für die Patienten. Man stieß dabei nicht selten auf Zurückhaltung, Scheu, Angst oder Scham. Nur selten wurde die Antwort völlig verweigert.“

Tab. 16: I. Weltkrieg

I. Weltkrieg	Anzahl
keine Angaben	4
keine Erinnerung	18
kaum Erinnerung	20
Σ	42

Tab. 16 (Fortsetzung): I. Weltkrieg

I. Weltkrieg	Anzahl
Kindererinnerung	
ohne Wertung	27
positive Wertung	3
negative Wertung	28
Σ	58

Tab. 16 zeigt die Erinnerung an den I. Weltkrieg. 42 Aussagen sind nicht verwertbar, da die Befragten entweder keine Auskunft geben wollten (4), sich nicht mehr erinnern können (18) oder die Erinnerung so schwach ist, daß sie nicht zu interpretieren ist (20). 58 Personen erinnern sich noch an ihre Kindheit im I. Weltkrieg. 27 Senioren können diese Erinnerung weder positiv noch negativ werten. Vielen sind nur noch bruchstückhafte Szenen im Gedächtnis geblieben (Kaiser zu Pferd, geschmückte Soldaten die ins Feld ziehen etc.). Drei Personen betonten, daß sie eine ausnahmslos glückliche Kindheit im I. Weltkrieg verbracht haben und nur an schöne Erlebnisse zurückdenken können. Die einschneidenden Schicksalsschläge des Krieges sind noch 28 Befragten im Gedächtnis. Gefragt nach den Gründen für die negative

Bewertung der Kindheit wurde der Verlust des Vaters, die Sorge der Mutter um die Familie und als häufigster Grund Hunger und schlechte Versorgung mit dem Lebensnotwendigsten genannt.

Während die Angaben zum ersten Weltkrieg meist bruchstückhaft sind, so blieben die Ereignisse des II. Weltkrieges noch bei allen befragten Senioren gegenwärtig. Vier Personen wiederum wollten keine Angaben machen. Von den verbleibenden 96 lebten zwei Bejahrte außerhalb der Kriegsschauplätze (beide in Südamerika).

49 Personen nahmen aktiv am Krieg teil. 45 waren passive Kriegsteilnehmer.

Tab. 17: II. Weltkrieg - aktive / passive Teilnahme

II. Weltkrieg	Anzahl
keine Angaben	4
außerhalb der Kriegsschauplätze gelebt	2
aktive Teilnahme	49
passive Teilnahme	45
Σ	100

Fast die Hälfte der aktiven Kriegsteilnehmer sind Flüchtlinge. 17 Personen waren Wehrmachtsangehörige, davon sieben an der Westfront und 10 an der Ostfront. Acht Senioren waren andersartig am Kriegsgeschehen beteiligt, zumeist als Hilfskräfte in der medizinischen Versorgung.

Tab. 18: II. Weltkrieg - aktive Teilnahme

II. Weltkrieg aktive Teilnahme	Anzahl
Soldat	17
Flüchtling	24
andersartig	8
Σ	49

93 Personen hatten entweder materielle und/oder menschliche Verluste zu beklagen. Bei den menschlichen Verlusten wurde Wert darauf gelegt, daß es sich ausschließlich um nahestehende Angehörige wie Ehemann, Kinder, Geschwister oder Eltern handelt. Viele Befragte hatten mehrere Opfer zu beklagen. Die finanziellen Verluste wurden nur berücksichtigt, wenn der überwiegende Teil des Vermögens oder Besitzes verloren ging.

Tab. 19: II. Weltkrieg - menschliche / finanzielle
Verluste

II. Weltkrieg	Anzahl
menschliche Verluste	49
finanzielle Verluste	44
Σ	93

Ein weiterer Aspekt der Frage ist inwieweit sich die Kriegserlebnisse bis in die Gegenwart auf das Individuum ausgewirkt haben.

Von 96 Befragten gaben 30 an häufig über den Krieg und ihre Kriegserlebnisse zu berichten. 27 Personen träumen häufig von Ereignissen, die besonders einschneidend waren. Als Trauminhalte wurden von den Senioren besonders Bombenangriffe genannt.

Tab. 20: Häufigkeit der Träume; Reproduktion der Kriegserlebnisse

II. Weltkrieg	Häufigkeit			Σ
	nie	selten	häufig	
Reproduktion	17	49	30	96
Träume	47	22	27	96

Die Frage, ob sich der II. Weltkrieg auf das Verhalten und die Persönlichkeit ausgewirkt hat, wurde von allen spontan bejaht. Einige Personen hatten Schwierigkeiten diese Auswirkungen in Worte zu fassen. In Tabelle 21 wird versucht verschiedene Reaktionen wiederzugeben.

Tab. 21: Auswirkungen des II. Weltkrieges auf Verhalten und Persönlichkeit

Auswirkungen des II. Weltkrieges auf Verhalten und Persönlichkeit	Anzahl
Angst	13
Selbstständigkeit	4
Dankbarkeit	1
politische Einstellung	6
Haß auf andere Völker und Volksgruppen	7
Enttäuschung	1
Sparsamkeit	22
Zurückhaltung und Bescheidenheit	5
Zusammengehörigkeit der Familie	1
Krieg hat mein Leben zerstört	2

13 Personen äußerten, daß sie Angst vor einem kommenden Krieg haben. Sie sind der Meinung, daß gerade in unserer unruhigen Zeit die Kriegsgefahr besonders hoch ist. Vier weibliche alte Menschen gaben an durch den Krieg selbstständig geworden zu sein. Sie mußten ihre Familien ohne

Ehemann durch die Kriegswirren retten.

Diesen Sachverhalt konnte Lehr (1969) durch biographische Analysen weiblicher Personen nachweisen: „Kriegszeiten und Notzeiten wirkten sich im Sinne einer Aktivierung der Frau aus, im Sinne einer zunehmenden Verselbstständigung bzw. Kompetenzsteigerung, also im Sinne einer „Optimierung“ und „Prävention“ im Rahmen der Intervention. So meisterten nach unseren Untersuchungen etwa die zwischen 1895 und 1900 geborenen Frauen (aber auch die zwischen 1920 und 1925 Geborenen), denen durch den ersten und zweiten Weltkrieg eine Berufsaufnahme erleichtert wurde und die zur Selbstständigkeit und Aktivität durch diese Notsituation herausgefordert wurden, von denen damals Durchsetzungsfähigkeit verlangt wurde, weit besser ihre Lebenssituation im höheren Alter als jene, die allzu behütet und nur familienbezogen aufgewachsen sind.“

Auch heute noch dankbar dafür zu sein, den Krieg überlebt zu haben, wurde in einem Fall geäußert. Die Weltanschauung und politischen Überzeugungen von 6 Senioren sind noch tief im Nationalsozialismus verwurzelt. Ähnlich sind die Aussagen der 7 Personen zu interpretieren, die seit jener Zeit andere Völker und Volksstämme hassen. Hier wurden Juden, Polen und Tschechen genannt. Enttäuscht über den Ausgang des Krieges zeigte sich eine weibliche Betagte. Sie führt alle Zeiterscheinungen und wirtschaftlichen Krisen auf den verlorenen Krieg zurück. 22 Personen sind durch den Krieg sparsam geworden. Dies wirkt sich vor allem auf den Umgang mit Lebensmitteln aus. Alle beklagten die heutige „Wegwerfgesellschaft“. Zurückhaltender und bescheidener in ihren Ansprüchen wurden 5 Personen. In einem Fall wurde das Zusammengehörigkeitsgefühl der Familie gestärkt. Zwei Personen sind der Meinung, daß der Krieg ihr ganzes Leben zerstört hat.

Fromm (1976) geht noch auf einen Punkt ein, der bei dieser Untersuchung nicht genannt worden ist - die Opferbereitschaft. Er schreibt: „Als Churchill zu Beginn des Zweiten Weltkrieges von den Engländern „Blut, Schweiß und Tränen“ forderte, hat er sie dadurch nicht abgeschreckt, sondern im Gegenteil an ihr tief eingewurzeltes menschliches Verlangen appelliert, Opfer zu bringen und der Gemeinschaft etwas zu geben. Die Reaktion der Briten - und auch der Deutschen und Russen - auf die wahllosen Bombardements der Städte während des Krieges zeigt, daß die Bevölkerung durch gemeinsame Leiden nicht mutlos wurde; diese Leiden stärkten im Gegenteil die Entschlossenheit der Angegriffenen zum Widerstand und widerlegten jene, die glaubten, die Kampfbereitschaft des Feindes könne durch Terrorangriffe gebrochen und der Krieg dadurch rascher beendet werden.“

In dieser Arbeit wurde der Einfluß von sozioökonomischem Status, Lebenslauf und Krieg auf die Lebenszufriedenheit und den Gesundheitszustand alter Menschen untersucht. Es handelt sich um drei unterschiedliche Heimpopulationen und ein Sample außerhalb wohnender Betagter. Die Ergebnisse zeigen, daß bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der genannten Parameter zwischen den einzelnen Heimen und den außerhalb Wohnenden bestehen.

Heim I, ein komfortables Altenwohnheim, weist den höchsten sozioökonomischen Status auf. Die Befragten sind in leitenden Stellungen tätig gewesen. Bei den verheirateten oder verwitweten weiblichen Personen ohne frühere Berufsausübung wurde der Beruf des Ehemannes zugrunde gelegt. Die finanziellen Möglichkeiten (über 2000 DM Rente oder Pension im Monat) gestatten den Aufenthalt in diesem Heim. Darüber hinaus beziehen viele noch Einkünfte aus Mieten usw. Sie bewohnen geräumige Zweizimmerwohnungen und führen ihren Haushalt selbst.

Heim II, ebenfalls ein Altenwohnheim, ist erst vor drei Jahren erbaut worden. Hierin liegt wahrscheinlich ein Grund für die Angleichung der erhobenen Daten an die außerhalb Wohnenden. Finanziell ebenfalls gut gestellt (1000 - 2000 DM im Monat), wohnen die Bejahrten in Einzimmerappartements. Auch sie führen ihren Haushalt weitestgehend selbst. Vor dem Eintritt in den Ruhestand waren sie oder ihre Ehemänner meistens in Berufen der mittleren und gehobenen Beamtenlaufbahn tätig gewesen.

Die Bewohner von Heim III, einem Altersheim, sind finanziell schlecht abgesichert. Die durchschnittlich zur Verfügung stehende Rente liegt zwischen 500 und

1000 DM. Die Bejahrten haben fast alle Volksschulbildung und waren als Arbeiter beschäftigt. Im Heim bewohnen sie Einzelzimmer, die lediglich mit einem Waschbecken ausgestattet sind. Selbstständige Haushaltsführung ist nicht mehr möglich.

Die außerhalb Wohnenden verteilen sich gleichmäßig über alle Berufe. Sie oder ihre Ehemänner arbeiteten als Arbeiter, Beamte oder leitende Angestellte.

Entsprechend gestreut sind auch die Renten und Pensionen (im Durchschnitt zwischen 1000 bis 2000 DM). Zwei Drittel wohnen in einer gemieteten Wohnung, ein Drittel besitzt eine Eigentumswohnung oder ein Haus.

Die Verwitwung ist ein zentrales Problem im Alter, von dem hauptsächlich die Frauen betroffen sind. 80% der Befragten dieser Untersuchung sind Frauen. 50% aller Interviewten sind verwitwet. Nur 18% sind noch verheiratet. Ebensoviele sind ledig. Heim III hat den höchsten Witwenanteil und seine Bewohner zeigen die niedrigste Lebenszufriedenheit. In der Verwitwung ist ein Grund für den hohen Frauenanteil in Altersheimen zu sehen.

Ein Drittel der Befragten hat keine Kinder. 27% haben ein Kind. Nur zwei Personen leben bei der Familie eines ihrer Kinder. Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit hieraus konnten nicht festgestellt werden.

Die Testauswertung ergab folgendes Ergebnis:

Die Intelligenz ist eine Voraussetzung für ein erfolgreiches Altern. Sie bestimmt nicht nur den sozio-ökonomischen Status, sondern auch Gesundheitsverhalten und Persönlichkeitsprofil des Einzelnen mit. Die Bewohner von Heim I haben fast alle einen Intelligenzquotienten größer 110. Sie sind mit ihren Lebens-

umständen am zufriedensten. Ihr Gesundheitszustand ist am besten. In Heim III ist der Intelligenzquotient am geringsten. Die Bewohner haben die niedrigste Lebenszufriedenheit und den schlechtesten Gesundheitszustand. Die Intelligenz des Einzelnen ist abhängig von den in der Umgebung gebotenen Reizen. Heim I bietet die meisten Anregungen, Heim III die wenigsten.

Mittels der Erlanger Depressions-Skala wurde festgestellt, daß 54 Befragte keine depressive Symptomatik aufwiesen. 46 Personen schätzten sich selbst von fraglich bis schwer depressiv ein. Die Häufigkeit depressiver Zustandsbilder im Alter ist beachtlich. Schlechte Wohnbedingungen, ein niedriges sozioökonomisches Niveau und mangelhafte soziale Aktivität können als Auslöser betrachtet werden.

Die Freizeitaktivität der Senioren war schwierig zu ermitteln. Häufig wurden Wünsche statt tatsächlicher Aktivitäten geäußert. Es kann gesagt werden, daß sich die Freizeitaktivität nach dem sozioökonomischen Status und nach dem Freizeitangebot richtet. Heim I hat das größte Angebot. Fast alle Bewohner betreiben ein oder mehrere Hobbies. In diesem Heim finden sich hauptsächlich Liebhaber künstlerischer und kultureller Beschäftigung. Man pflegt bildungsbürgerliche Traditionen wie in Heim II. Heim III bietet wenig Freizeitmöglichkeiten. Hierin liegt ein Grund für den hohen Anteil an passiver Freizeitbeschäftigung (Fernsehen). Aber auch der Gesundheitszustand bestimmt die Freizeitaktivität. Je schlechter dieser ist, desto weniger kann die freie Zeit körperlich genutzt werden z.B. mit sportlicher Betätigung. Ein weiteres Kriterium ist der soziokulturelle Hintergrund der Befragten. Wenn das Interesse für bestimmte Dinge nicht schon in den jüngeren Lebensjahren geweckt worden war, läßt sich dies

im Alter schwer nachholen.

Die Persönlichkeit des Individuums und sein sozioökonomischer Status wirken sich auf den Gesundheitszustand des Einzelnen aus. Spezielle „Alterskrankheiten“ gibt es nicht, doch treten einige Krankheiten z.B. Arteriosklerose und Diabetes mellitus im Alter vermehrt auf. Die Multimorbidität des alten Menschen schränkt seine Beziehungen zur Umwelt ein. Die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitszustand, Persönlichkeit und sozioökonomischen Status lassen sich an Hand der Altersdepression gut aufzeigen.

Die Lebenszufriedenheit ist bei den Bewohnern von Heim I am höchsten. Die Gründe liegen in einer gesicherten finanziellen Existenz, guten Wohnverhältnissen, einem besseren Gesundheitszustand und einer aktiven Freizeitgestaltung. Ein höherer Intelligenzquotient und eine höhere Schulbildung erleichtern die Anpassung an das Alter.

Die Bewohner von Heim III zeigen die niedrigste Lebenszufriedenheit. Schlechte wirtschaftliche Möglichkeiten, kleine Einzelzimmer, wenig Freizeitmöglichkeiten dürften hierfür ausschlaggebend sein. Die soziale Interaktion und Aktivität wird in Heim I durch vielerlei kulturelle und sportliche Angebote gefördert. In Heim III fehlen diese Möglichkeiten nahezu vollständig.

Die Lebenszufriedenheit der außerhalb Wohnenden und der Bewohner von Heim II ist gleich. Sie liegt zwischen der Lebenszufriedenheit von Heim I und Heim III.

Die Auswertung des Freiburger Persönlichkeitsinventars (Kurzform) ergab, daß Heim I und die außerhalb Wohnenden deutlich extravertiert sind. Die introvertierte Wesensart ist in Heim III am häufigsten vertreten. Die Häufung extravertierter Persönlichkeiten in Heim I läßt sich ebenso wie die höhere Lebenszufriedenheit in diesem

Heim begründen. Die überwiegend introvertierte Wesensart der Bewohner von Heim III ist als ein sich Abfinden mit den Lebensumständen aufzufassen.

Angenehme Wohnverhältnisse und eine solide Altersversorgung in Verbindung mit einer aktiven Persönlichkeit lassen den Alterungsprozess bei weitgehend guter Gesundheit eher zu als eine schlechte Wohnsituation, eine passiv ängstliche Persönlichkeitsstruktur und mangelhafte finanzielle Möglichkeiten. Es konnte gezeigt werden, daß ein schlechter sozioökonomischer Status eher mit einem schlechten Gesundheitszustand einhergeht. Bei entsprechender Disposition wirken sich die äußeren Lebensumstände so aus, daß eine mehr oder weniger ausgeprägte depressive Stimmungslage daraus resultiert. Die Depression im Alter ist ein Mischtyp von endogener, organisch-symptomatischer und psychogener Depression. Ein Wandel der Inhalte depressiver Angstzustände in Richtung auf Besitz, Leistung und Gesundheit ist festzuhalten.

Auswirkungen der beiden Weltkriege, hauptsächlich aber des II. Weltkrieges, auf die Persönlichkeit der Befragten konnten von allen Befragten bestätigt werden. Besonders harte Schicksalsschläge mußten die aktiven Kriegsteilnehmer hinnehmen. Flüchtlingsschicksal und Soldatentum haben ihre Spuren bei diesen Menschen hinterlassen. Häufiges Träumen und Erzählen von Kriegsgeschehnissen zeigen, wie sehr die Gedanken der Beteiligten noch um diese Zeit kreisen. Der Verlust nahestehender Angehöriger und großer Teile des Vermögens finden ihren Niederschlag in der Biographie des Individuums. Durchsetzungsvermögen und Sparsamkeit sind bis in die heutige Zeit als richtig angesehene Tugenden bestehen geblieben. Angst vor einem neuen Krieg und seinen Folgen findet man ebenso wie Gefühle der Abneigung gegen andere Völker

und Volksgruppen. Die Auswirkungen jener Zeit bestimmen somit nicht nur die politische Situation eines Volkes, sondern ganz konkret auch das Leben jedes Bürgers dieser Gemeinschaft mit.

ANHANG

Erhebungsinstrument Teil I

Datum:

Kenn - Nr. des Befragten () () ()

1 Gruppenzugehörigkeit:

Heim I	(1)	
Heim II	(2)	
Heim III	(3)	
außerhalb Wohnende	(4)	()

2 Betrifft nur die Gruppen 1, 2, und 3

Heimaufenthalt seit wieviel Jahren? _____

3 Betrifft nur Gruppe 4:

Zusammensetzung des Haushaltes:

alleinstehend	(1)	
mit Ehepartner/in	(2)	
mit Kindern	(3)	
mit anderen Personen	(4)	() ()

4 Wohnform:

gemietete Wohnung	(1)	
gemietetes Zimmer	(2)	
eigenes Haus oder Eigentumswohnung	(3)	()

Angaben zur Person

5 Alter _____

6 Geschlecht:
(1 = männlich, 2 = weiblich) ()

7 Religionszugehörigkeit:

(1 = kath., 2 = evang., 3 = andere
Konfession, 4 = konfessionslos) ()

8 Familienstand:

ledig	(1)
verheiratet	(2)
verwitwet	(3)
geschieden	(4)
getrennt lebend	(5)
feste Partnerschaft	(6)

9 Lebenspartner krank?

(1 = ja, 2 = nein) ()

10 Zahl der Kinder:

Alter des jüngsten _____

Alter des ältesten Kindes _____

11 Schul- bzw. akademischer Abschluß

- | | | |
|-------------------------|-----|-----|
| Sonderschule | (1) | |
| Volksschule/Hauptschule | (2) | |
| Realschule | (3) | |
| berufsbildende Schule | (4) | |
| Gymnasium | (5) | |
| Fachhochschule | (6) | |
| Universität | (7) | () |

12 Zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit:

- | | | |
|--------------------------|-----|-----|
| angelernter Arbeiter | (1) | |
| Facharbeiter | (2) | |
| Angestellter oder | | |
| Beamter | (3) | |
| leitender Angestellter | | |
| oder höherer Beamter | (4) | |
| selbstständiger Gewerbe- | | |
| treibender, Landwirt | (5) | () |

13 Zeitpunkt der Pensionierung:

- | | | |
|----------|-----|-----|
| bis 1971 | (1) | |
| bis 1976 | (2) | |
| bis 1981 | (3) | () |

14 Monatliche Rente:

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| bis 500 DM | (1) | |
| bis 1000 DM | (2) | |
| bis 1500 DM | (3) | |
| bis 2000 DM | (4) | |
| über 2000 DM | (5) | () |

15 Welcher Krankenkasse angehörig:

Privatkasse (1)

Ersatzkasse (2)

RVO-Kasse (3)

()

Erhebungsinstrument Teil II

Angaben über derzeitige organische Störungen,
Medikation und ärztliche Versorgung

16 Derzeitige bekannte Erkrankungen:

17 Derzeitige Medikamenteneinnahme:

18 Alkohol, wenn "ja", wieviel und was?

Nikotin, wenn "ja", wieviel und was?

19 Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen:

regelmäßig	(1)	
selten	(2)	
nie	(3)	()

Welche Art von Vorsorgeuntersuchungen?

20 Derzeit behandelnder Arzt:

Hausarzt	(1)	
Heimarzt	(2)	
Facharzt	(3)	()

21 Aufsuchen von Heilpraktikern:

(1 = ja; 8 = nein) ()

Letzte Behandlung wann?

22 Häufigkeit der Arztbesuche:

mehrmals im Monat	(1)	
einmal im Monat	(2)	
alle paar Monate	(3)	
nur bei Krankheit	(4)	
sehr selten	(5)	()

Erhebungsinstrument Teil III

Freizeitgestaltung (regelmäßig)

23 Freizeitgestaltung:

Gartenarbeit	(1)
Spaziergehen	(2)
Besuche machen/Besuche empfangen	(3)
Radio hören	(4)
Fernsehen	(5)
Hobby	(6)
aus dem Fenster schauen	(7)
lesen, wenn "ja"; was?	(8)
Besuch kultureller Veranstaltungen/ Vorträge	(9)
Besuch von Altenclubs	(10)
	() () ()

Erhebungsinstrument Teil IV

Einfluß der beiden Weltkriege auf das Leben

24 Offenes Interview; Zu erfassende Standards:

Einfluß auf soziale Verhältnisse
Einfluß auf familiäre Verhältnisse
Einfluß auf Persönlichkeit; Affektivität und Erleben

Häufiges Reproduzieren der Kriegserlebnisse
inklusive Träume

Bemerkungen des Untersuchers:

Anleitung

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Interessen finden. Sie können jede entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz (X) in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

1. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
2. Denken Sie bitte nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

- | | stimmt | nicht |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten .. | ☐ | ☐ |
| 2. Ich gehe abends gerne aus | ☐ | ☐ |
| 3. Ich bin immer guter Laune | ☐ | ☐ |
| 4. Es fällt mir schwer, den richtigen Gesprächsstoff zu finden, wenn ich jemanden kennenlernen will | ☐ | ☐ |
| 5. Mein Herz beginnt manchmal zu jagen oder zu stolpern und unregelmäßig zu schlagen | ☐ | ☐ |
| 6. Ich spüre mein Herz gelegentlich bis zum Halse hinauf schlagen | ☐ | ☐ |
| 7. Ich verliere schnell meine Beherrschung, aber ich fasse mich auch schnell wieder | ☐ | ☐ |
| 8. Ich erröte oder erblasse leicht | ☐ | ☐ |
| 9. Es macht mir offen gestanden manchmal Spaß, andere zu quälen | ☐ | ☐ |
| 10. Wenn mich Leute auf der Straße oder in einem Geschäft beobachten, ist mir das etwas unangenehm | ☐ | ☐ |
| 11. Wenn mir jemand Unrecht getan hat, wünsche ich ihm eine gesalzene Strafe .. | ☐ | ☐ |
| 12. Ich habe manchmal nur zum Spaß etwas Gefährliches getan | ☐ | ☐ |
| 13. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten | ☐ | ☐ |
| 14. Wenn ich Zuflucht zu körperlicher Gewalt nehmen muß, um meine Rechte zu verteidigen, so tue ich es | ☐ | ☐ |
| 15. Ich kann in eine ziemlich langweilige Gesellschaft schnell Leben bringen | ☐ | ☐ |
| 16. Ich werde ziemlich leicht verlegen | ☐ | ☐ |
| 17. Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ungeschickt | ☐ | ☐ |
| 18. Ich fühle mich manchmal ohne Grund ziemlich eind | ☐ | ☐ |
| 19. Ich habe manchmal das Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen, ein Gefühl erstickender Enge in der Brust | ☐ | ☐ |
| 20. Ich male mir manchmal aus, wie übel es denen eigentlich ergehen müßte, die mir Unrecht tun | ☐ | ☐ |
| 21. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere | ☐ | ☐ |
| 22. Ich scheue mich, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten | ☐ | ☐ |
| 23. Ich habe gern mit Aufgaben zu tun, die schnelles Handeln verlangen | ☐ | ☐ |
| 24. Ich sage nicht immer die Wahrheit | ☐ | ☐ |
| 25. Ich habe einen empfindlichen Magen (Magendrücken, Vollegefühl, Magenschmerzen) | ☐ | ☐ |
| 26. Ich bin im Grunde eher ein ängstlicher Mensch | ☐ | ☐ |
| 27. Wenn mir einmal etwas schiefgeht, regt mich das nicht weiter auf | ☐ | ☐ |
| 28. Ich tue vieles, was ich hinterher bereue | ☐ | ☐ |
| 29. Einem Menschen, der mich böse verlässt, wünsche ich eine gesalzene Strafe | ☐ | ☐ |
| 30. Ich habe häufiger Blähungen | ☐ | ☐ |

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 31. Wenn jemand meinem Freund etwas Böses tut, bin ich dabei, wenn es heim-
gezählt wird | ☐ | ☐ |
| 32. Oft habe ich alles gründlich satt | ☐ | ☐ |
| 33. Es macht mir Spaß, anderen Fehler nachzuweisen | ☐ | ☐ |
| 34. Sind wir zu mehreren, so überkommt mich oft eine unwiderstehliche Lust zu
grobe Streichen | ☐ | ☐ |
| 35. Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge | ☐ | ☐ |
| 36. Hin und wieder gebe ich ein bißchen an | ☐ | ☐ |
| 37. Ich bin ziemlich lebhaft | ☐ | ☐ |
| 38. Manchmal habe ich Gedanken, derer ich mich schämen muß | ☐ | ☐ |
| 39. Ich genöre zu den Menschen, die die Dinge im allgemeinen leicht nehmen | ☐ | ☐ |
| 40. In Gesellschaft ist mein Benehmen meistens besser als zu Hause | ☐ | ☐ |
| 41. Wer mich ernsthaft beleidigt, handelt sich eine Ohrfeige ein | ☐ | ☐ |
| 42. Wenn ich wütend bin, sage ich Ungehöriges | ☐ | ☐ |
| 43. In Gegenwart von bedeutenden Menschen oder Vorgesetzten werde ich leicht
verlegen | ☐ | ☐ |
| 44. Ich kann oft meinen Ärger und meine Wut nicht beherrschen | ☐ | ☐ |
| 45. Ich träume tagsüber oft von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden können .. | ☐ | ☐ |
| 46. Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte | ☐ | ☐ |
| 47. Ich zucke leicht zusammen, wenn sich etwas schnell bewegt oder wenn ich ganz
unvermutet von jemanden angesprochen werde | ☐ | ☐ |
| 48. Ich beginne bei Schreck oder Aufregung zu zittern oder bekomme leicht „weiche
Knie“ | ☐ | ☐ |
| 49. Es gibt Zeiten, in denen ich ganz traurig und niedergedrückt bin | ☐ | ☐ |
| 50. Ich bekomme vor bestimmten Ereignissen leicht Lampenfieber und körperliche
Unruhe | ☐ | ☐ |
| 51. Ich gehöre leider zu denen, die oft in Wut geraten | ☐ | ☐ |
| 52. Meine Laune wechselt ziemlich oft | ☐ | ☐ |
| 53. Ich werde oft durch unnütze Gedanken belästigt, die mir immer wieder durch den
Kopf gehen | ☐ | ☐ |
| 54. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen | ☐ | ☐ |
| 55. Häufig sage ich ohne zu überlegen etwas, was ich später bereue | ☐ | ☐ |
| 56. Ich grübele viel über mein bisheriges Leben nach | ☐ | ☐ |
| 57. Ich spiele anderen Leuten gern einen harmlosen Streich | ☐ | ☐ |
| 58. Meistens blicke ich voller Zuversicht in die Zukunft | ☐ | ☐ |
| 59. Selbst wenn sich alles gegen mich verschworen hat, lasse ich den Mut nicht
sinken | ☐ | ☐ |
| 60. Ich mache mich gern über andere Leute lustig | ☐ | ☐ |
| 61. Ich habe fast immer eine schlagfertige Antwort bereit | ☐ | ☐ |

62. Auch wenn mich etwas sehr aus der Fassung bringt, beruhige ich mich meistens wieder rasch ☐ ☐
63. Ich übernehme bei gemeinsamen Unternehmungen gerne die Führung ☐ ☐
64. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf ☐ ☐
65. Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten eigentlich gut gewachsen ☐ ☐
66. Es fällt mir schwer, andere Leute für mich zu gewinnen ☐ ☐
67. Ich würde mich selbst als eher gesprächig bezeichnen ☐ ☐
68. Manchmal macht es mir Freude, Menschen zu verletzen, die ich liebe ☐ ☐
69. Lieber jemandem die Nase einschlagen als feige sein ☐ ☐
70. Ich neige dazu, nicht mit Leuten zu sprechen, bis diese mich ansprechen ☐ ☐
71. Ich bin oft gedankenverloren ☐ ☐
72. Oft ärgere ich mich zu schnell über andere ☐ ☐
73. Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft ☐ ☐
74. Ich bin häufiger abgespannt, matt und erschöpft ☐ ☐
75. Manchmal denke ich, daß ich überhaupt zu nichts taue ☐ ☐
76. Über Enttäuschungen komme ich ziemlich leicht hinweg ☐ ☐

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie wirklich alle Sätze beantwortet haben!

Beantworten Sie bitte noch folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

Geschlecht	Einwohnerzahl der Wohngemeinde	Berufstellung des Befragten
männlich ☐	weniger als 2 000 ☐	(Hausfrauen bitte den Beruf des Mannes ankreuzen, Rentner den ehemaligen Beruf, Befragte in Berufsausbildung und Nichtberufstätige den Beruf des Ernährers)
weiblich ☐	weniger als 100 000 ☐	
Alter Jahre	mehr als 100 000 ☐	
Schulabschluß	Sind Sie berufstätig?	Inhaber und Geschäftsführer von größeren Unternehmen, Direktoren ☐
vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen ☐	ja ☐	Freier Beruf ☐
mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen ☐	ja, mithelfend im eigenen Betrieb ☐	Mittlere und kleine selbständige Geschäftsleute ☐
Mittel- oder Handelsschule ohne Abschlußprüfung ☐	Hausfrau ☐	Selbständiger Handwerker ☐
Mittel- oder Handelsschule mit Abschlußprüfung ☐	Schüler ☐	Leitender Angestellter ☐
Höhere Schule ohne Abitur ☐	Student ☐	Nichtleitender Angestellter ☐
Abitur ohne anschließendes Studium ☐	in Berufsausbildung ☐	Beamter des höheren oder gehobenen Dienstes ☐
Abitur mit anschließendem Studium ☐	Rentner, Ruhestand ☐	Beamter des mittleren oder einfachen Dienstes ☐
andere Schulbildung (welche?) ☐	arbeitslos ☐	Landwirt ☐
	ohne Beruf ☐	Facharbeiter mit abgelegter Prüfung ☐
		Sonstige Arbeiter ☐
		Landarbeiter ☐
		Ohne Beruf ☐

Skala	Rohwert	Prozent	4	7	12	17	20	17	12	7	4	Stanine
FPI 1		Nervosität psychosomatisch gestört	•	•	•	•	54 %	•	•	•	•	psychosomat. nicht gestört
FPI 2		Spontane Aggressivität spontan aggressiv, emotional unreif	•	•	•	•	•	•	•	•	•	nicht aggressiv, beherrscht
FPI 3		Depressivität mißgestimmt, selbstunsicher	•	•	•	•	•	•	•	•	•	zufrieden, selbstsicher
FPI 4		Erregbarkeit reizbar, leicht frustriert	•	•	•	•	•	•	•	•	•	ruhig, stumpf
FPI 5		Geselligkeit gesellig, liebhaft	•	•	•	•	•	•	•	•	•	ungesellig, zurückhaltend
FPI 6		Gelassenheit selbstvertrauend, gutgelaunt	•	•	•	•	•	•	•	•	•	irritierbar, zögernd
FPI 7		Reaktive Aggressivität, Dominanzstreben reaktiv aggressiv, sich durchsetzend	•	•	•	•	•	•	•	•	•	nachgiebig, gemäßigt
FPI 8		Gehemmntheit gehemmt, gespannt	•	•	•	•	•	•	•	•	•	ungezwungen, kontaktfähig
FPI 9		Offenheit offen, selbstkritisch	•	•	•	•	•	•	•	•	•	verschlossen, unkritisch
FPI E		Extraversion extravertiert	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Introvertiert
FPI N		Emot. Labilität emotional labil	•	•	•	•	•	•	•	•	•	emotional stabil
FPI M		Maskulinität typisch männliche Selbstschilderung	•	•	•	•	54 %	•	•	•	•	typisch weibl. Selbstschilderung

Proband

Geschlecht

Alter

Testleiter / Auswerter

Name / Kenn-Nr.

SYNDROM-KURZTEST

Zur Erfassung von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen



Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Beruf: _____ Alter: _____ Uhrzeit: _____

Diagnose: _____ IQ-Gruppe: _____

Bemerkungen: _____

Versuchsleiter: _____

SUBTESTS (Höchstzeit 60 Sekunden)		Rohpunkte	Wertpunkte*	Kontabulationen												
I	Gegenstände benennen	Sekunden														
II	Gegenstände unmittelbar reproduzieren															
	<table border="1"> <tr> <td>Rübe</td> <td>Fahne</td> <td>Ofen</td> <td>Kuh</td> </tr> <tr> <td>Schiff</td> <td>Bett</td> <td>Lok</td> <td>Kreuz</td> </tr> <tr> <td>Kanne</td> <td>Spritze</td> <td>Engel</td> <td>Schaf</td> </tr> </table> Genannte Gegenstände bitte ankreuzen	Rübe	Fahne	Ofen	Kuh	Schiff	Bett	Lok	Kreuz	Kanne	Spritze	Engel	Schaf	Fehlende		
Rübe	Fahne	Ofen	Kuh													
Schiff	Bett	Lok	Kreuz													
Kanne	Spritze	Engel	Schaf													
Gegenstände bitte nochmals 5 Sekunden zeigen																
III	Zahlen lesen	Sekunden														
IV	Zahlen ordnen	Sekunden														
V	Zahlen zurücklegen	Sekunden														
VI	Symbole zählen * ★ * 44	Sekunden														
VII	Interferenz ABAB Richtige Folge: BABABAAABABABAB BBABABAAABABABAB	Sekunden														
VIII	Gegenstände mittelbar reproduzieren															
	<table border="1"> <tr> <td>Rübe</td> <td>Fahne</td> <td>Ofen</td> <td>Kuh</td> </tr> <tr> <td>Schiff</td> <td>Bett</td> <td>Lok</td> <td>Kreuz</td> </tr> <tr> <td>Kanne</td> <td>Spritze</td> <td>Engel</td> <td>Schaf</td> </tr> </table> Genannte Gegenstände bitte ankreuzen	Rübe	Fahne	Ofen	Kuh	Schiff	Bett	Lok	Kreuz	Kanne	Spritze	Engel	Schaf	Fehlende		
Rübe	Fahne	Ofen	Kuh													
Schiff	Bett	Lok	Kreuz													
Kanne	Spritze	Engel	Schaf													
IX	Gegenstände wiedererkennen															
	<table border="1"> <tr> <td>Rube</td> <td>Fahne</td> <td>Ofen</td> <td>Kuh</td> </tr> <tr> <td>Schiff</td> <td>Bett</td> <td>Lok</td> <td>Kreuz</td> </tr> <tr> <td>Kanne</td> <td>Spritze</td> <td>Engel</td> <td>Schaf</td> </tr> </table> Genannte Gegenstände bitte ankreuzen	Rube	Fahne	Ofen	Kuh	Schiff	Bett	Lok	Kreuz	Kanne	Spritze	Engel	Schaf	Fehlende		
Rube	Fahne	Ofen	Kuh													
Schiff	Bett	Lok	Kreuz													
Kanne	Spritze	Engel	Schaf													
Gesamtpunkte																

* siehe Normenabelle im Manual

Name Vorname Alter . . .

Beantworten Sie bitte die nachstehenden Aussagen. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort jeweils an ("ja" oder "nein"). Lassen Sie bitte keine Aussage aus. Führen Sie die Beantwortung rasch und ohne lange zu überlegen durch.

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Mein Alltag ist jetzt ebenso interessant wie früher | Ja | nein |
| 2. Gegenwärtig erlebe ich die traurigste Zeit meines Lebens | Ja | nein |
| 3. Oft weiss ich nicht, was ich mit meiner Zeit anfangen soll | Ja | nein |
| 4. Manchmal habe ich das Gefühl, dass mein Leben nicht sehr nützlich ist | Ja | nein |
| 5. Ich habe soviel Freude am Leben, dass ich hoffe, es würde niemals zu Ende gehen | Ja | nein |

- | | | |
|---|----|------|
| 6. Ich bin immer noch recht unternehmungslustig | Ja | nein |
| 7. Es ist heute ebenso schön wie in den jüngeren Jahren | Ja | nein |
| 8. Ich würde mir vielleicht andere, aber ebenso wichtige Aufgaben zutrauen wie jüngere Menschen | Ja | nein |
| 9. Ich erwarte für die Zeit, die vor mir liegt, noch schöne und interessante Dinge | Ja | nein |
| 10. Ich fühle mich manchmal alt und irgendwie müde | Ja | nein |
| 11. Das Leben ist nur eine Reihe von Enttäuschungen | Ja | nein |
| 12. Ich bin jetzt genauso glücklich wie in früheren Jahren | Ja | nein |
| 13. Es ist mir im Grunde egal wie ich die Zeit totschlage | Ja | nein |
| 14. Ich fühle mein Alter, aber es stört mich nicht | Ja | nein |
| 15. Für die nächste Zeit habe ich schon allerlei Pläne | Ja | nein |
| 16. Ich fühle mich noch immer frisch und voller Lebensmut | Ja | nein |
| 17. Für mich hat das Leben immer weniger Sinn | Ja | nein |
| 18. In meinem Leben gibt es noch eine Reihe nützlicher Aufgaben | Ja | nein |
| 19. Ich fühle mich oft niedergeschlagen | Ja | nein |
| 20. Die meisten Dinge die ich tue, sind irgendwie langweilig und monoton | Ja | nein |
| 21. Ich habe jetzt viel weniger Schwung als früher | Ja | nein |
| 22. Ich glaube, noch ein Stück Leben vor mir zu haben | Ja | nein |

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens ein Wort**, das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, streichen Sie es bitte durch.

1. Nale – Sahe – Nase – Nesa – Sehna
2. Funktion – Kuntion – Finzahn – Tuntion – Tunkion
3. Struk – Streik – Sturk – Strek – Kreik
4. Kulinse – Kulerane – Kulisse – Klubihle – Kubistane
5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge
6. siziol – salzahl – sozihl – sziam – sozial
7. Sympasie – Symmofelttrie – Symmantrie – Symphonie – Symplanie
8. Umma – Pamme – Nelle – Ampe – Amme
9. Krusse – Surke – Krustelle – Kruste – Struke
10. Kirse – Sirke – Krise – Krospe – Serise
11. Tinxur – Kukutur – Fraktan – Tinktur – Rimsuhr
12. Unfision – Fudision – Infusion – Syntusion – Nuridion
13. Feudasmus – Fonderismus – Föederalismus – Födismus – Föderasmus
14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium
15. kentern – knerte – kanzen – kretern – trekern
16. Kantate – Rakante – Kenture – Krutehne – Kallara
17. schalieren – waschieren – wakieren – schackieren – kaschieren
18. Tuhl – Lar – Lest – Dall – Lid
19. Dissonanz – Diskrisanz – Distranz – Dinotanz – Siodenz

Name _____ Punkte _____
Beruf _____ Alter _____
Untersuchungsdatum _____ männlich – weiblich _____
Sonstiges _____

- 20. Ferindo – Inferno – Orfina – Firanetto – Imfindio
- 21. Rilkiase – Kilister – Riliker – Klistier – Linkure
- 22. kurinesisch – kulinarisch – kumensisch – kulissarisch – kannastrisch
- 23. Rosto – Torso – Soro – Torgos – Tosor
- 24. Kleiber – Beikel – Keibel – Reikler – Biekerl
- 25. Ralke – Korre – Ruckse – Recke – Ulte
- 26. Lamone – Talane – Matrone – Tarone – Malonte
- 27. Tuma – Umat – Maut – Taum – Muta
- 28. Sorekin – Sarowin – Rosakin – Narosin – Kerosin
- 29. beralen – gerältet – anälteren – untären – verbrämen
- 30. Kapaun – Paukan – Naupack – Aupeck – Ankepran
- 31. Sickaber – Bassiker – Kassiber – Sassiker – Askiber
- 32. Pucker – Keuper – Eucker – Reuspeck – Urkane
- 33. Spirine – Saprín – Parsin – Purin – Asprint
- 34. Kulon – Soigun – Koskan – Soran – Klonus
- 35. Adept – Padet – Edapt – Epatt – Taped
- 36. Gindelat – Tingerat – Indigenat – Nitgesaar – Ringelaar
- 37. Berkizia – Brekzie – Birakize – Brikazie – Bakiria

Syndromspezifische Selbsteinschätzungs- Skalen

Patienten-Nr. _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Beruf: _____

Bemerkungen: _____

bitte wenden

EDS

Schätzen Sie bitte Ihr Befinden ein. Setzen Sie hinter jeder der folgenden Feststellungen ein Kreuz in die Spalte, die Ihr Befinden am besten kennzeichnet.

Ein Kreuz in der Spalte „stimmt genau“ bedeutet **k l a r e** Zustimmung zur links stehenden Feststellung. Nicht so klare Zustimmungen trägt man unter „fast richtig“ oder „nur halb richtig“ ein. Bei leichter Ablehnung der Feststellung wird „stimmt kaum“ angekreuzt und bei **k l a r e r** Ablehnung „ganz falsch“.

	stimmt genau	fast richtig	nur halb richtig	stimmt kaum	ganz falsch
Ich möchte lustig sein					
Ich glaube, ich kann nichts leisten					
Ich möchte weinen					
Ich möchte etwas unternehmen					
Ich bin traurig					
Ich möchte mir etwas antun					
Ich fühle mich nicht wohl					
Ich mag mich selbst nicht mehr					
Ich kann mich nicht entscheiden					

	Gesamt	Faktor I	Faktor II
Punkte			

Wir möchten Sie hier über Ihr Befinden im Tagesverlauf befragen:

Besonders morgens geht es mir schlechter als abends	Ja ☐	Nein ☐
Besonders abends geht es mir schlechter als morgens	Ja ☐	Nein ☐
Mein Befinden bleibt im Verlauf des Tages gleich	Ja ☐	Nein ☐
Mein Befinden schwankt mehrmals während des Tages	Ja ☐	Nein ☐

SVF

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden Sie haben:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich schlafe unruhig	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaf erfrischt mich	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Mund ist trocken	☐	☐	☐	☐	☐
Ich esse gerne	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Gewicht nimmt ab	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Verstopfung	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen	☐	☐	☐	☐	☐
Ich schwitze, auch wenn ich nichts tue	☐	☐	☐	☐	☐
Wir kommen oft die Tränen	☐	☐	☐	☐	☐

Punkte:

Geben Sie bitte an, wie Ihnen zumute ist:

Ich fühle mich matt

Ein Druck lastet auf mir

Ich bin wie zugeschnürt

Ich bin unruhig

Ich fühle mich eingeengt

Ich fühle mich zerschlagen

sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht

Punkte:

SKS

Meine Schmerzen sind:

Stark

Stechend

Blitzartig durchzuckend

Ziehend

Spitz

Schwer

Hartnäckig

Überall vorhanden

Stumpf

sehr	ziemlich	mittel	wenig	entfällt

Punkte:

(AI)

(OS)

(TS)

(AI): allgemeine Schmerzintensität

(OS): Oberflächenschmerz

(TS): Tiefenschmerz

LITERATURVERZEICHNIS

- | | |
|---|---|
| Aristoteles | De generatione animalum. |
| Berner, P.,
Noske, R.,
Zapotoczky, H.G. | Depressionen im Alter.
In: Aktivitätsprobleme des
Alternden. Basel 1974 |
| Birren, J.E. | Altern als psychologischer
Prozeß.
Freiburg 1974 |
| Blau, Z.S. | Structural constraints on
friendship in old age.
American Sociological Review 26,
1961, 429-39 |
| v. Blücher, Graf Viggo | Jugend, Bildung und Freizeit.
Jugendwerk der deutschen Shell,
1966 |
| Bürger, M. | Altern und Krankheit.
Leipzig 1960 |
| Böhlau, V. | Prävention bei alternden Menschen.
In: Der deutsche Arzt, Nr. 11,
1982 |
| Bunqard, W. | Isolation und Einsamkeit im Alter.
Phil. Diss. Uni Köln, 1974 |

- Cicero Cato maior de senectute
- Cumming, E.,
Henry, W.E. Crowning old, the process of
disenqagement.
New York 1961
- Dahrendorf, R. Industrie und Betriebssoziologie.
Göselen 1956
- Diez, H.,
Mudra, U. Eine med. - soziologische Studie
an Alterspatienten.
Diss. Uni Jena, 1970
- Fischer, L. Sozialpsychologische Aspekte der
Heimunterbringung älterer Menschen.
Köln - Wien 1974
- Fisseni, H.J. Zur Situation von Frauen in Alters-
heimen.
Diss. Uni Bonn, 1974
- Fromm, E. Haben oder Sein.
Stuttgart 1976
- Gernant, L. Wat 814 retired professors say
about retirment.
Gerontoloqist 12, 1972
- Goertsches, W. In: Neue Aufgaben in Familie und
Beruf. K.-G. Specht (Hg.)
Nürnberg, 1975
- Hall, S. Senescence - the last half of life.
New York 1922

- Havighurst, R.J. A social-psychological perspective
of aging.
Gerontologist 8, 1968
- Jores, A. Symposium of the 4. European
Conference on psychosomatik re-
search.
Hamburg 1959
- Kanowski, S. Formen der Depression im Alter.
Bay. Ärzteblatt 4, 1982
- Kielholz, P. Ätiologie, Prophylaxe und Therapie
der Involutionsdepressionen.
Bern 1957
- Kleemeier, R.W. Leisure and disengagement in
retirement.
Gerontologist 4, 1964
- Lehr, U. Psychologie des Alterns.
Bonn 1977
- Lehr, U. Interventionsgerontologie.
Praxis der Sozialhygiene, Bd. 11,
1979
- Lingesleben, O. Die Bedeutung von Geschlecht und
Familienstand im Alter.
Köln, 1968
- Loewenthal, M.F.,
Berkmann, P.L. Aging and Mental Disorders in San
Francisco.
San Francisco 1967

- Lohmann, S. Die Lebenssituation älterer Menschen
in der geschlossenen Altersfürsorge.
Hannover 1970
- Lopata, H.Z. The social involvement of American
widows.
In: Shanas, E. (Hg.), Aging in
contemporary society,
London 1970
- Lungershausen, E. Überlegungen zum Problem des Gestalt-
wandels zyklotyper Depressionen.
In: Gestaltwandel psychiatrischer
Krankheitsbilder, Glatzel, J. (Hg.),
Stuttgart 1973
- Platt, D. Physiologische und pathologische
Phänomene des Alterns.
Deutsches Ärzteblatt Nr. 37, 1981
- Reigrotzki, E. Soziale Verpflichtungen in der Bundes-
republik.
Tübingen 1956
- Rudinger, G. Intelligenz im Alter.
Diss. Uni Bonn, 1971
- Schelsky, H. Die skeptische Generation.
Düsseldorf 1957
- Schmitz-Scherzer, R. Freizeit und Alter.
Diss. Uni Bonn, 1969

- Schubert, R.,
Hoffmann, L.,
Staudacher, H.
- Erhebungen über Krankheiten im
Alter in konstitutioneller und
soziologischer Sicht.
Ärztl. Forschung; Zeitschrift
über d. Forschungsergebnisse der
ges. Medizin 994, J. 20, Heft 5,
1966
- Statistisches Jahrbuch Wiesbaden 1978
für die BRD
- Stehouwer, J.
- The household and family relations
of old people.
In: Shanas et al., Old people in
three industrial societies,
London 1968
- Stern E.
- Der Mensch in der zweiten Lebens-
hälfte.
Zürich 1955
- Stern, W.
- Die differentielle Psychologie in
ihren methodischen Grundlagen.
Leipzig 1911
- Štosberg, K.
- Altern und Erkrankungsrisiko.
akt. gerontol. 7 (1977), 605-608
- Tartler, R.
- Die Freizeit im Alter.
In: Die Situation der alten Menschen.
Bonn 1964
- Tartler, R.
- Das Alter in der modernen Gesell-
schaft.
Stuttgart 1961

- Tews, H.P. Soziologie des Alterns.
Heidelberg 1979
- Thieding, F. Der alte Mensch und die Gesellschaft - eine sozialmedizinische Studie.
Stuttgart 1965
- Thoma, M. Eheschließungen im höheren Lebensalter.
In: Störmer, A. (Hg.), Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Darmstadt 1970
- Thomae, H.,
Lehr, U. Bericht an das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung.
Bonn 1969
- Thomae, H. Altern als psychologisches Problem.
In: Loeccumer Protokolle, Loeccum 1973
- Thomae, H. Altersgrenze und psychische Leistungsfähigkeit.
In: Schubert, R. (Hg.), Flexibilität der Altersgrenze, Darmstadt 1969
- Thomae, H. Persönlichkeit. Eine dynamische Interpretation.
Bonn 1951
- Verzar, F. Biologische Veränderungen im Alter.
In: Ein kurzes Lehrbuch der Geriatrie, Bern 1975

- Vischer, A. L. Das Alter als Schicksal und
Erfüllung.
Basel 1955
- Weber, E. Das Freizeitproblem.
München - Basel 1963
- Welford, A. Decision Making and age.
1969
- Wieck, H.H. Lehrbuch der Psychiatrie.
Stuttgart 1967
- Zapfe, H. Krankheit und Alter.
Berliner Medizin Heft 3, 1968
- Zetkin,
Schaldach, Wörterbuch der Medizin.
Stuttgart 1974
- Zimmermann, H. Wer eine Aufgabe hat lebt länger.
In: Kölner Stadtanzeiger, 1982
- Znaniecki, F. The Method of Sociology.
New York 1968
- Zutt, J. Auf dem Wege zu einer anthro-
pologischen Psychiatrie.
Gesammelte Aufsätze,
Berlin 1963

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. med. E. Lungershausen, der es mir ermöglichte vorliegende Arbeit an der psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen durchzuführen.

Herrn Dr. med. L. Blaha danke ich für die Überlassung des Themas, sowie für die Organisation und Durchführung der Untersuchung.

Mein Dank gilt vor allem Frau Dr. rer. pol. K. Stosberg für die freundliche Weiterbetreuung dieser Arbeit. Die jederzeit gewährte Unterstützung und die wertvollen Ratschläge während des Fortgangs der Arbeit waren eine große Hilfe.

Lebenslauf

Name: Gerhard Michael M a r t i n

Geburtsdatum: 14.10.1956

Geburtsort: Neunkirchen/Saar

Konfession: katholisch

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: ledig

Eltern: Werner Martin, Oberamtsrat i.R.
Agnes Martin, geb. Nenno, Krankenschwester

Schulbildung: 1963 - 1968 Volksschule Bexbach/Saar
1968 - 1974 Gymnasium Johanneum Homburg
1974 - 1976 Privatgymnasium Wilhelmshöhe
Kassel
1976 Abitur

Studium: Studienjahr 1976/77 Universität Antwerpen/
Belgien
WS 1977/78 Universität Köln
WS 1978/79 - WS 1980/81 Universität Mainz
SS 1981 - SS 1984 Universität Erlangen

Tag der mündlichen
Prüfung: 12.4.1984

